

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Farmácia

Samara Jamile Mendes

**CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: AVALIAÇÃO NO CONTEXTO
CATARINENSE**

Florianópolis
2013

Samara Jamile Mendes

**CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: AVALIAÇÃO NO CONTEXTO
CATARINENSE**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Farmácia - Área de
Concentração Fármaco-Medicamento -
da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito para a
obtenção do Grau de Mestre em
Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Nair
Leite

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Mendes, Samara Jamile Mendes

CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: AVALIAÇÃO NO CONTEXTO CATARINENSE /

Samara Jamile Mendes; orientador, Silvana Nair Leite Contezini -
Florianópolis, SC, 2013.

239 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia.

Inclui referências

1. Farmácia. 2. Avaliação em saúde. 3. Gestão da assistência farmacêutica.
4. Sistema único de Saúde. I. Contezini, Silvana Nair Leite. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. III.
Título.

Samara Jamile Mendes

**CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: AVALIAÇÃO NO CONTEXTO
CATARINENSE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC.

Florianópolis, 30 de julho de 2013.

Prof^ª. Tania Beatriz Creczynski Pasa, Dr^a.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC

Banca Examinadora:

Prof.^ª Silvana Nair Leite, Dr.^ª (UFSC - Orientadora)

Prof.^ª Claudia Flemming Colussi, Dr.^ª (UFSC – Membro titular)

Prof.^º Leonardo Régis L. Pereira, Dr.^º (USP - Membro titular)

Prof.^ª Simone Gonçalves Cardoso, Dr.^ª (UFSC - Membro titular)

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que tentam sair da “zona de conforto” e contribuir na evolução do sistema de saúde brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Salete e Idelmo, por me ensinarem a ser batalhadora e não parar de sonhar nunca, olhar para frente e acreditar, mesmo nas dificuldades. Obrigada por tudo, esse título é de vocês também.

À minha irmã, Daiane, por me incentivar a continuar e melhorar a cada dia, quando me toma como exemplo.

Ao Robson, meu amor, pelo companheirismo e paixão nesses anos de namoro, por entender a minha ausência em muitos momentos, mas sempre incentivando a caminhada em Florianópolis e na profissão que escolhi.

A todos que incentivaram a minha escolha em ser farmacêutica. Aos professores da graduação, à equipe da Farmácia do Hospital Universitário, onde me descobri como farmacêutica e aprendi muito. Aos farmacêuticos da Farmácia Escola, Alexandre, Marcio, Aline, Carina, Mariella, Leyla e Marina por contribuírem na escolha de abraçar, ainda mais, a profissão e o SUS como área de atuação durante o estágio obrigatório.

À minha orientadora, Silvana, que, nesses dois anos de mestrado, se tornou colega de trabalho e amiga. Obrigada por acreditar em mim lá no início e me ensinar tanto.

À Fernanda, pelas orientações e ajuda sempre; pela parceria construída e amizade.

Aos colegas do “novo” trabalho, Curso de “Gestão da Assistência – Especialização a distância”, Alessandra, Fernanda, Kaite, Guilherme, Marcelo, Luciana e Fabíola, que, mesmo acompanhando, de perto, somente o final, foram sempre um grupo de referência.

Às professoras Marení, Rosana e Eliana, por serem grandes referências na área para mim. Em especial, à Marení por acompanhar de perto a construção do projeto e pelas ricas contribuições.

Ao grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, pelas conversas, discussões muito enriquecedoras e por me fazer acreditar ainda mais em um sistema público de saúde e na assistência farmacêutica. Claudia, Luciano, Carine, Fabíola B., Carina Akemi, Paola, Francisca, Monica. Obrigada!

Às grandes amigas, Bianca, Sany, Laura, Larissa, Joana e Georgia. A graduação sem vocês jamais teria sido a mesma.

Aos farmacêuticos dos municípios pesquisados, Maíra, Bruna, Cris e Ana pela ajuda na coleta de dados e pela hospitalidade. À

Indianara Becker também pela ajuda em Criciúma e por ceder sua aluna Kessia na coleta.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses, sob as dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade. O referencial teórico adotado partiu de estudos do NEPAF/UFBA, utilizando o conceito de gestão como um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados. A necessidade de avaliar a gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina surgiu do pressuposto de que existe, ainda, uma visão mais procedimental sobre a assistência farmacêutica, que mostra sua condição de fornecedora de medicamentos, constringendo sua natureza estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos e como parte da atenção à saúde. Um entendimento ainda limitado sobre a assistência farmacêutica, pela sociedade, influencia na formação dos profissionais de farmácia e sua atuação, principalmente, em gestão municipal. Utilizando como modelo de avaliação o de Manzini (2013), o processo avaliativo foi desenvolvido em seis municípios catarinenses de diferentes características e regiões do Estado. A verificação de 44 indicadores, divididos nas três dimensões, possibilitou um levantamento das fragilidades e potencialidades de cada município, sendo emitido juízo de valor, fator que influencia tanto na tomada de decisão dos municípios, quanto no avanço da gestão. Foram os resultados da avaliação da amostra catarinense em aspectos organizacionais que distinguiram realmente os municípios entre si. Os resultados da dimensão operacional mostram que aspectos operacionais da assistência farmacêutica tem maior garantia de acontecer, já que existem políticas, como a de medicamentos, para a execução. A discussão da sustentabilidade é inovadora para a gestão da assistência farmacêutica. Considerando que o processo avaliativo é baseado em indicadores preconizados, concepções pré-definidas e teoricamente fundamentadas, ter-se um modelo de avaliação é importante, desde que o detalhamento do indicador e a parametrização sejam específicos para cada realidade. Os municípios, a partir desse momento, poderão utilizar, como guia, os resultados para a construção de gestões inovadoras e evolução do fazer assistência farmacêutica. A visão do ciclo da assistência farmacêutica, se fechado hermeticamente, não possibilita fazer uma gestão partilhada, com autonomia decisória, que considere questões sociais e políticas envolvidas no fazer gestão. É preciso evoluir na discussão de gestão como prática social. Os resultados da avaliação proposta geram subsídios para a melhoria da gestão da assistência farmacêutica, já que os profissionais que atuam na área, ao se apropriarem desses resultados,

terão mais instrumentos e argumentos para a negociação com os gestores, visando o desenvolvimento da área.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Gestão da assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Capacity of municipal pharmaceutical services management: an evaluation in the context of Santa Catarina

The present dissertation aims to assess the capacity of the pharmaceutical services management in municipalities of Santa Catarina under the sustainability, organizational and operational dimensions. The theoretical referential that was adopted came from studies of NEPAF/UFBA, using the concept of management as a technical, political and social system, capable of producing results. The need to evaluate the pharmaceutical services management in Santa Catarina arose from the assumption that there is a more procedural vision on pharmaceutical services, showing its condition of supplier of medicines, overshadowing its strategic nature for the promotion of rational use of medicines and as part of health care. There still is a limited understanding of pharmaceutical services by society, which influences the training of pharmaceutical professionals and their performance, mainly in municipal management. Using as model for the assessment the Manzini's (2013), the evaluation process was developed in municipalities of Santa Catarina that have different features and are located in different regions in the state. Verification of 44 indicators divided into 3 dimensions allowed a survey of the weaknesses and strengths of each municipality and it was issued a value judgment, a factor that influences the decision making of municipalities and represents an advance in the management. The evaluation results of the sample in Santa Catarina under the organizational aspects allowed the distinction between the municipalities themselves. The results of the operational dimension shows that the operational aspects of the pharmaceutical assistance have a greater assurance to happen, even though there are policies, like the medicines policies, for the execution. The discussion of the sustainability is innovative for the management of pharmaceutical assistance. Considering that the evaluation process is based on recommended indicators, pre-defined concepts and theoretically grounded, since that the indicator breakdown and the parameterization be specific to each situation. Municipalities from now may use the results as a guide to building innovative managements, contributing to the evolution of pharmaceutical services. The vision of pharmaceutical services as a sealed cycle does not allow a shared management with social and political issues involved and decision-making autonomy. Therefore, it is necessary to evolve the management

discussion as a social practice. The results of the proposed evaluation provide subsidies for improving the pharmaceutical services management. Professionals working in the area, by incorporating the results of this evaluation, will have more tools and arguments for negotiating with managers, aiming the development of the area.

Keywords: Health evaluation. Pharmaceutical services management. Brazil's Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Triângulo de Governo de Matus.....	37
Figura 2 - Modelo lógico da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal.....	91
Figura 3 - Modelo teórico da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal.....	92
Figura 4 - Fluxograma com pontuação máxima para cada dimensão..	104
Figura 5 - Gráfico que ilustra os resultados por dimensão da avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica municipal.....	158

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 1 da dimensão organizacional.....	49
Quadro 2 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 2 da dimensão organizacional.....	50
Quadro 3 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 3 da dimensão organizacional.....	51
Quadro 4 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 4 da dimensão organizacional.....	51
Quadro 5 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 5 e 6 da dimensão organizacional.....	52
Quadro 6 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 7 e 8 da dimensão organizacional.....	54
Quadro 7 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 9 da dimensão organizacional.....	55
Quadro 8 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 10 e 11 da dimensão organizacional.....	56
Quadro 9 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 12 da dimensão organizacional.....	57
Quadro 10 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 13 da dimensão organizacional.....	58
Quadro 11 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 1 e 2 da dimensão operacional.....	60
Quadro 12 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 3 da dimensão operacional.....	62
Quadro 13 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 4 da dimensão operacional.....	63
Quadro 14 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 5 da dimensão operacional.....	64
Quadro 15 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 6 da dimensão operacional.....	65
Quadro 16 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 7 da dimensão operacional.....	66
Quadro 17 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 8 da dimensão operacional.....	68
Quadro 18 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 9 da dimensão operacional.....	69
Quadro 19 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 10 da dimensão operacional.....	70

Quadro 20 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 11 da dimensão operacional.....	71
Quadro 21 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 12 da dimensão operacional.....	72
Quadro 22 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 13 e 14 da dimensão operacional.....	73
Quadro 23 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 15 e 16 da dimensão operacional.....	75
Quadro 24 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 16 da dimensão operacional.....	76
Quadro 25 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 1 da dimensão da sustentabilidade.....	78
Quadro 26 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 2 da dimensão da sustentabilidade.....	79
Quadro 27 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 3 e 4 da dimensão sustentabilidade.....	79
Quadro 28 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 5 da dimensão da sustentabilidade.....	80
Quadro 29 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 6 da dimensão da sustentabilidade.....	82
Quadro 30 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 7 da dimensão da sustentabilidade.....	83
Quadro 31 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 8 da dimensão da sustentabilidade.....	84
Quadro 32 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 9 da dimensão da sustentabilidade.....	85
Quadro 33 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 10 e 11 da dimensão sustentabilidade.....	86
Quadro 34 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 12, 13 e 14 da dimensão sustentabilidade.....	87
Quadro 35 - Critérios para caracterização de tipos de avaliação em saúde, segundo Novaes (2000).....	90
Quadro 36- Classificação, pontuação e características dos indicadores utilizados pelo NEPAF/UFBA para avaliação da gestão da assistência farmacêutica na atenção básica em municípios baianos, 2007.....	101
Quadro 37- Resultados da dimensão organizacional em cores para cada município.....	107
Quadro 38- Resultados da dimensão operacional em cores para cada município.....	107
Quadro 39 - Resultados da dimensão da sustentabilidade em cores para cada município.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Definição da codificação dos municípios da amostra.....	93
Tabela 2 - Quantidade de unidades de saúde visitadas, profissionais e usuários entrevistados por município.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical Code*
CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FAPESC - Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPAF - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde
PPI - Programação Pactuada Integrada
PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
Remume – Relação Municipal de Medicamentos
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
1.1. OBJETIVOS	29
1.1.1. Objetivo Geral	29
1.1.2. Objetivos Específicos	29
2. REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1. TRAJETÓRIA DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE PÚBLICOS DE SAÚDE	31
2.1.1. Gestão da Assistência Farmacêutica	40
2.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE	42
2.2.1. Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica	45
2.3. PREMISSAS DO MODELO APLICADO	47
2.3.1. Organizacional	48
2.3.2. Operacional	59
2.3.3. Da Sustentabilidade	77
3. METODOLOGIA	89
3.1. MODELO DE AVALIAÇÃO	89
3.2. AMOSTRA DA PESQUISA	92
3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	94
3.3.1. Município A1	94
3.3.2. Município A2	94
3.3.3. Município B1	95
3.3.4. Município B2	95
3.3.5. Município C1	96
3.3.6. Município C2	97
3.4. COLETA DE DADOS	97
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	100
3.6. JUÍZO DE VALOR	100
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	107
4.1. ANÁLISE DOS RESULTADOS POR MUNICÍPIO	108
4.1.1. Município A1	108
4.1.1.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional	108
4.1.1.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional	111
4.1.1.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade	115
4.1.2. Município A2	118
4.1.2.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional	118
4.1.2.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional	120
4.1.2.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade	123
4.1.3. Município B1	126
4.1.3.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional	126

4.1.3.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional.....	128
4.1.3.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade.....	131
4.1.4. Município B2.....	133
4.1.4.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional.....	133
4.1.4.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional.....	136
4.1.4.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade.....	139
4.1.5. Município C1.....	141
4.1.5.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional.....	141
4.1.5.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional.....	143
4.1.5.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade.....	146
4.1.6. Município C2.....	148
4.1.6.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional.....	148
4.1.6.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional.....	151
4.1.6.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade.....	154
4.2. RESULTADOS GERAIS DA AMOSTRA CATARINENSE.....	156
4.2.1. Análise horizontal.....	156
4.2.2. Análise do gráfico.....	158
4.2.2.1. Análise da dimensão organizacional.....	159
4.2.2.2. Análise da dimensão operacional.....	161
4.2.2.3. Análise da dimensão da sustentabilidade.....	163
4.2.3. Aspectos Relevantes da Gestão da Assistência Farmacêutica.....	164
4.2.3.1. Gestão estadual.....	164
4.2.3.2. Controle Social.....	166
4.2.3.3. Informalidade da gestão.....	167
4.2.3.4. Papel do farmacêutico.....	169
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICE A -Descrição dos itens avaliados para o indicador 5 da dimensão operacional no município 6.....	187
ANEXO A - Matriz avaliativa da dimensão organizacional	189
ANEXO B - Matriz avaliativa da dimensão operacional.....	197
ANEXO C – Matriz avaliativa da dimensão da sustentabilidade..	209
ANEXO D - Formulário para coleta de dados em prescrições.....	217
ANEXO E – Formulário para coleta de dados na Unidade de Saúde.....	219
ANEXO F- Roteiro para entrevista com o Coordenador da Assistência Farmacêutica.....	223
ANEXO G - Roteiro para entrevista com o Secretário Municipal de Saúde.....	229

ANEXO H - Roteiro para entrevista com Coordenador da Unidade de Saúde.....	231
ANEXO I - Roteiro para entrevista com farmacêuticos.....	233
ANEXO J - Roteiro para entrevista com prescritores.....	235
ANEXO K - Roteiro para entrevista com usuários.....	237
ANEXO L - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.....	239

1. INTRODUÇÃO

O grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), motivado pelo modelo de avaliação construído pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), desenvolveu o projeto intitulado “Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão”.

Mais adiante, esse mesmo grupo sentiu necessidade de aprofundar o trabalho no estado de Santa Catarina e utilizar um referencial de gestão da assistência farmacêutica, compatível com os pressupostos teóricos e ideológicos do Sistema Único de Saúde. Com os resultados, esperava-se que a avaliação proposta pudesse gerar subsídios para a melhoria da gestão da assistência farmacêutica, permitindo que os profissionais que atuam na área, ao se apropriarem dos resultados da avaliação, tenham mais instrumentos e argumentos para a negociação no âmbito da gestão pública, visando o desenvolvimento da área.

Como um motivador ao desenvolvimento do projeto, o Curso de especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica - modalidade à distância, iniciado em 2010, uma parceria da UFSC com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), adotou alguns referenciais teóricos norteadores, os mesmos utilizados neste estudo.

A partir dessa iniciativa, o projeto foi aprovado no edital Chamada Pública FAPESC/MS-CNPq/SES-SC – 03/2010 do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), da Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e apoio do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica – INCT-IF.

Com essa visão e apoio, o projeto teve seu desenvolvimento partindo do Modelo de avaliação do NEPAF/UFBA, no entanto, no decorrer do aprofundamento teórico em avaliação, e com a percepção de que a mudança de contexto, mesmo avaliando objetos semelhantes, era algo que deveria ser levado em consideração no processo de avaliação, sentiu-se a necessidade de readequar o modelo de avaliação (matriz avaliativa, atribuição do juízo de valor e instrumentos de pesquisa) para a realidade catarinense.

Esse processo de adaptação, atualização e reconstrução do modelo avaliativo fez parte da dissertação de Fernanda Manzini (2013),

nomeada de “Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para a avaliação da capacidade de gestão”.

Cumprida essa etapa, obteve-se elementos para desenvolver este estudo, com a aplicação dos indicadores definidos em seis municípios de Santa Catarina.

No desenvolvimento desta dissertação, apresenta-se a coleta de dados no campo de pesquisa e os resultados obtidos com a análise dos dados. Na dissertação está contemplado o referencial teórico que alicerça esse estudo. Inicialmente traz o referencial teórico de gestão com uma breve contextualização dos modelos de gestão e gestão de saúde pública e suas heranças, até os referenciais de gestão aqui adotados, com ênfase para a gestão da assistência farmacêutica.

Os conceitos de avaliação e os referenciais mais importantes para área são também discutidos nessa parte, assim como o modelo de avaliação adotado e sua descrição abordando o modelo teórico e lógico de Manzini (2013).

As premissas de cada indicador utilizado na avaliação foram buscadas em teorias e formuladas à luz de referenciais normativos e de diversos artigos, na tentativa de justificar o uso desses indicadores e reafirmar as condições em que a capacidade de gestão da assistência farmacêutica é construída.

A metodologia utilizada no estudo está descrita pela amostra de municípios caracterizada, a descrição da coleta de dados e o formato do juízo de valor para a avaliação.

Os resultados da avaliação são apresentados por município, relatando os detalhes da pesquisa *in loco* e o juízo de valor obtido em cada dimensão avaliativa. A amostra catarinense é tratada, por meio dos resultados gerais encontrados no estado em um compilado dos municípios estudados.

Vale, ainda, destacar que esta pesquisa partiu do pressuposto de que os constrangimentos que a gestão da assistência farmacêutica municipal enfrenta têm como fator condicionante o predomínio de uma concepção minimalista de assistência farmacêutica, que continua orientando a organização dos serviços farmacêuticos no sistema público de saúde. A existência de visão mais procedimental sobre a assistência farmacêutica mostra sua condição de fornecedora de medicamentos, restringendo sua natureza estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos. Um entendimento ainda limitado sobre a assistência farmacêutica, pela sociedade, influencia na formação dos profissionais de farmácia e na atuação destes, principalmente, na gestão municipal.

O projeto reforçou a necessidade de os municípios, em especial no que se refere ao serviço de assistência farmacêutica, entenderem a importância da avaliação; de quão valioso se torna o uso dos resultados da avaliação e a incorporação periódica desta nos serviços. O próprio desenvolvimento deste estudo possibilitou a promoção de avanços no processo de gestão dos municípios e a geração de bases conceituais e práticas, aplicadas para a formação de recursos humanos e instrumentos de gestão municipal da assistência farmacêutica.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Avaliar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios catarinenses, em suas dimensões organizacional, operacional, da sustentabilidade.

Para tanto, foram traçados os objetivos apresentados no próximo subitem.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Aplicar o modelo de avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em municípios de diferentes portes populacionais de Santa Catarina.
- Descrever a situação da gestão da assistência farmacêutica nos municípios avaliados.
- Analisar as fragilidades e potencialidades do desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica municipal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. TRAGETÓRIA DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE PÚBLICOS DE SAÚDE

Os “fundadores” da administração clássica e científica, Fayol (1960) e Taylor (1990), respectivamente, têm, até os dias atuais, destacada influência na gestão de instituições públicas e privadas no Brasil.

Fayol trata a administração como mais uma das funções nas operações das empresas de qualquer porte e distingue-a das funções técnica, comercial, financeira, de segurança e de contabilidade. Seu conceito de “função administrativa” tem princípios como: previsão; organização; comando; coordenação e controle. Isso posto, conclui-se que a administração agiria junto com as outras técnicas, não sobre estas e nem estas seriam parte da administração.

Já, a obra de Taylor desenvolve-se através da concepção da chefia direta sobre o operário de chão de fábrica, acreditando mais na função técnica, no ato da produção (DIAS, 2002).

Taylor é considerado a figura principal do movimento da administração científica, o qual teve origem nos Estados Unidos, propiciado, dentre outros fatores, pela abundância de mão-de-obra desqualificada e barata, pelo aparecimento das primeiras indústrias automobilísticas, pela existência de empresas com grande poder econômico e político, fragilidade sindical dos operários e ausência de legislação (MARTINS *et al.*, 2002).

A ineficiência das indústrias era derivada de fatores relacionados à gerência, que Taylor considerava despreparada e sem conhecimento das rotinas de trabalho e do tempo necessário para sua realização; ao próprio trabalhador, que reduzia deliberadamente a sua produção; e à ausência de padronização e uniformidade de métodos de trabalho. Os empresários desejavam encontrar um modo eficiente de aumentar sua produção e de controlar os trabalhadores (MARTINS *et al.*, 2002).

Pode-se afirmar que Taylor foi o precursor do Sistemismo, pois, em suas teses, separava as partes do trabalho de forma mais detalhada, para juntar de forma mais eficiente (sistema: conjunto de partes com um objetivo definido). Para ele, o trabalho era pura ação, não existindo qualquer aplicação de conhecimento por trás desse ato (MARTINS *et al.*, 2002).

Um aperfeiçoamento do padrão técnico ocorreu após o movimento taylorista, segundo o qual o treinamento constituía um mecanismo facilitador da gestão (MARTINS *et al.*, 2002).

Para Martins e colaboradores (2002), o foco taylorista sempre foi a tecnologia do processo e não as pessoas. O conceito de homem, para Taylor, consistia no *homo economicus*, abordagem materialista e utilitarista do homem, em que o trabalhador é movido pela remuneração a ser recebida, procurando ter como objetivo o máximo de benefício com o mínimo de sacrifício (MARTINS *et al.*, 2002). O taylorismo negligencia as variáveis psicológicas e sociais e dissemina a ideia de que o aumento de produtividade é obtido através da coerção, impondo-se os padrões, as ferramentas, condições e os métodos de trabalho (MUSSA; TROVÃO, 2006).

Estudo de Mussa e Trovão (2006), realizado em uma empresa de *call Center*, aponta que para cada cargo há o que é denominado *Job Description*. Trata-se de um documento contendo a definição das atividades a serem desempenhadas e traçando o perfil de trabalhador necessário, de acordo com os estudos de tempos e movimentos. Essa evidência em empresas atuais demonstra que os estudos de Taylor têm incentivado a gestão em todos os detalhes, principalmente na padronização dos processos de trabalho e, de forma objetiva, na seleção de profissionais.

Segundo Martins e colaboradores (2002), olhando para os sistemas e as empresas públicas ou privadas atuais, muitas características da gestão ainda são baseadas no taylorismo, como:

- os sistemas de remuneração diferenciada;
- a qualidade e produtividade;
- os métodos de *downsings*, na redução do número de gestores, em ambientes hoje chamados de células, espaços organizacionais;
- a *learning organization* ou aprendizagem organizacional (ele acreditava na capacitação dos trabalhadores para o melhor desempenho das tarefas);
- o redesenho de processos;
- o conceito de operário-padrão das fábricas;
- a padronização das franquias (o método de trabalho das franquias é praticamente todo baseado no método taylorista).

Os princípios e as técnicas da administração científica ofereceram a base para o modo de trabalhar por toda a primeira metade

deste século e, em muitas situações, predominam até os dias de hoje (MUSSA; TROVÃO, 2006), mesmo que alguns autores façam críticas ao modelo taylorista.

O reducionismo de Taylor talvez resida na crença de que as pessoas são motivadas exclusivamente pela competição, pelo cálculo, interesse e ganho, isto é, por características puramente econômicas. Nesse sentido, o taylorismo criou um modelo reduzido de pessoa ao atrelar a satisfação pessoal no trabalho aos aspectos financeiros, na crença de que o homem escolhe o seu trabalho não pelo seu conteúdo, mas pelo salário correspondente, ignorando outras formas de satisfação no trabalho (MARTINS *et al.*, 2002).

Taylor descobriu, em seus experimentos e práticas, que a fadiga dos trabalhadores poderia diminuir e o trabalho poderia trazer resultados melhores se os trabalhadores tivessem uma redução na carga horária de trabalho (MUSSA; TROVÃO, 2006). Nessa visão, o cansaço e o estresse dos funcionários seriam resolvidos, simplesmente, com a diminuição da tensão muscular e fisiológica, sem levar em consideração as questões psicológicas, afetivas e individuais. A redução da carga de trabalho é considerada a solução para a maioria desses problemas e poderia contribuir no aumento da produtividade.

Ressalta-se, contudo, que essa é considerada uma visão muito simplista do trabalhador. A estreiteza dos parâmetros, dentro dos quais a administração científica é concebida, talvez revele um desconhecimento da realidade humana e do ser do homem. A liberdade, a vontade e outras dimensões que caracterizam o homem como um ser realmente superior não são consideradas pela administração científica (MARTINS *et al.*, 2002).

A administração tem raízes profundas na história da humanidade e têm lidado com conceitos bem mais abrangentes, como o de conflito, comprometimento, poder, estratégia e resultados, dimensões essas que não foram de todo exploradas pelo taylorismo (MARTINS *et al.*, 2002).

A administração clássica ou científica está focada na produtividade e em condições para que essa seja eficiente e garanta lucro. Inovações nas organizações, de forma a ampliar os conceitos de gestão, e um foco diferenciado, não contemplando somente os aspectos administrativos e técnicos, mas políticos, estratégicos e sociais, são necessários para avançar na condução, execução e nos resultados de gestão.

Mussa e Trovão (2006) sugerem a incorporação de novas teorias às práticas, tais como o envolvimento dos trabalhadores no

processo decisório, o entendimento das características individuais dos trabalhadores, a introdução de novas formas de coleta e análise de dados para motivação de mudanças. Em suma, o que os autores sugerem é a introdução das técnicas e ferramentas contemporâneas, uma vez que o que foi sugerido por Taylor se tornou um padrão comum à maior parte das empresas.

Para Junquilho (2001), as funções administrativas de Fayol, no início do século XX, como planejar, comandar, controlar, avaliar, organizar, devem, na verdade, ser caracterizadas como o “folclore” da gestão.

Relativamente à administração sanitária, no Brasil, com a ampliação das funções assistenciais do Estado, ocorreu a combinação dos dois estilos existentes: o liberal e o da saúde pública. Da tradição estatal, conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada da coisa pública. Da tradição liberal, conservou-se a autonomia relativa dos profissionais (CAMPOS, 1992).

Essa trajetória histórica, em certa medida, explica como a questão da gestão de sistemas de saúde transformou-se, hoje, em um desafio estratégico, um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas públicos, para sua transformação em um instrumento de defesa da vida (CAMPOS, 1992).

Campos (1992) já indicava que o Sistema Único de Saúde (SUS), provavelmente, não seria um serviço nacional com características, normas e programas uniformes. Solla (2010) aponta a descentralização como uma alternativa para solucionar a crise que o setor saúde atravessa.

Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos. Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso. Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde (PAIM *et al.*, 2011).

A descentralização por si só não é suficiente para viabilizar os princípios e as diretrizes do SUS. Os avanços do processo de descentralização dependem de outros aspectos, como: recursos financeiros disponíveis; fortalecimento institucional e da capacidade de gestão; e democratização das instituições de saúde (SOLLA, 2010).

Segundo Campos (1992), com a descentralização e delegação de autoridade aos municípios, a instituição dos Conselhos trouxe para a saúde a prática da gestão colegiada, considerando que era prevista a “participação da comunidade”, sem, contudo, prever maiores especificações sobre o peso de cada segmento nesses colegiados (CAMPOS, 1992). O mesmo autor afirma que, de fato, por imposições políticas e técnicas, foram criados conselhos, embora tenha se procedido uma neutralização do potencial transformador de uma gerência realmente democratizada, na medida em que a sociedade não conseguiu, ainda, romper os limites dessa forma pasteurizada de controle social.

A administração pública é, portanto, um conjunto de instituições que representa o Estado, ente maior, que rege a sociedade. Essa administração envolve um componente político muito forte, pois significa que o poder da sociedade está ali representando (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

No Brasil, no campo da saúde, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96), faz uma distinção entre gerência e gestão, que ficou fortemente impregnada no vocabulário dos profissionais de saúde. Pela Norma, “gerência” é conceituada como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital etc.). Por sua vez, “gestão” ficou conceituada como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Guimarães e Leite (2011), afirmam, a respeito da diferenciação feita por “gerência” e “gestão”, que a distinção entre esses termos não é padronizada na literatura, e que, na prática, pode-se claramente perceber que as ações e as responsabilidades entre os profissionais de saúde que atuam em diversos serviços e funções não são tão distintas.

Para Schraiber e colaboradores (1999), a visão contemporânea de gestor público implica entendimento de desafios práticos e enfrentamento de possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, uma vez que a gestão em saúde deve estar orientada pelos mesmos princípios constitucionais do SUS.

Junquillo (2001) traz como alternativa o conceito de gestão apresentado por Reed (1995), como “prática social”, capaz de integrar

questões éticas e políticas as quais as organizações e os seus gestores são submetidos no dia a dia.

Na perspectiva política, a contribuição dessa visão consiste em que ela rejeita as concepções mecanicista e determinista da gestão, em troca de uma visão social, resultante de uma dinâmica advinda da ação humana, à medida que considera os indivíduos. Essa proposta, segundo Junquilha (2011), passa por pensar uma abordagem que possa incorporar, ao mesmo tempo, à análise da gestão os níveis institucional, organizacional e comportamental, permitindo as interseções entre a ação gerencial, a dinâmica da organização e o contexto macroestrutural.

Essa alternativa significa, então, a perspectiva da gestão como “prática social”, capaz de integrar, em seu bojo, questões inerentes aos dilemas éticos e políticos aos quais as organizações e os seus gestores são submetidos no dia a dia (JUNQUILHO, 2011).

Isso significa que, como processo social, a gestão reflete diferentes crenças, valores, interesses, forças e fragilidades. Não estando desconectada da realidade social, é uma ação humana que reflete essa sociedade e também a modifica, de forma dinâmica e constante (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

Diante do anteriormente exposto, é possível concordar com Mota (1995) quando afirma que gestão é arte, pois envolve habilidade, criatividade, sensibilidade. É ciência porque exige conhecimentos técnicos que precisam ser acessados para gerenciar. Ou seja, é preciso desenvolver capacidade analítica e reflexiva, bem como habilidades humanas, considerando que o grande insumo da gerência é o homem, e, como tal, é repleto de singularidades.

Na contemporaneidade, com a consolidação da democracia na grande maioria dos países, as experiências concretas com o gerenciamento de organizações modernas estão proporcionando a incorporação de novos verbos como sinônimos de gerenciar, a exemplo de “liderar”, “conduzir”, “ouvir”, e, mais do que isso, esses verbos estão substituindo a ideia de “controle”, antes muito presa à concepção de gerência. O gerente precisa ser um líder, pois a função de um gestor é conduzir pessoas e recursos para a obtenção de resultados, isto é, ele deve ser capaz de influenciar pessoas para o alcance de um objetivo comum (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

O novo gerencialismo público, um movimento teórico, mas que tem como objetivo tornar a administração pública mais eficiente e moderna, além de voltada para o atendimento das necessidades e a satisfação plena dos cidadãos (GUIMARÃES *et al.*, 2004), pode ser a justificativa para o interesse em avaliar a gestão de serviços públicos.

Gestão é uma palavra atual e, por muitas vezes, constitui a razão de problemas nas organizações sociais da sociedade moderna.

Gestão possui um conceito amplo, que aponta contradições em diferentes áreas. Na administração, o conceito de gestão se aproxima da ideia de gerência e, dessa forma, toma um caráter mais operacional e instrumental. Nas ciências políticas, a gestão prioriza uma dimensão política que se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade (GUIMARÃES, *et al.*, 2004).

A construção do conceito de gestão, que guia esta pesquisa, foi realizada pelo NEPAF/UFBA. Para tal, os autores basearam-se em Carlos Matus (1993) e sua discussão sobre gestão como capacidade de governar. Nesse referencial, é possível circular em campos teóricos que se polarizam, como os da administração e das ciências políticas.

Na teoria de Matus, a gestão é demonstrada através de três dimensões, interdependentes entre si, contemplando a ideia de que a capacidade de governo revela a articulação dinâmica entre a existência de projetos de governo, de determinado grau de governabilidade do sistema e da capacidade de governo, de forma a conduzi-lo aos objetivos contemplados nos projetos. Esses três pontos formam o denominado *Triângulo de Governo* apresentado a seguir.



Figura 1 - Triângulo de Governo de Matus
Fonte: MATUS, 1996 *apud* BARRETO, 2007.

As três dimensões referidas são entendidas como:

- Projeto de governo - se traduz como a necessidade de ter direção, projetos claros e um conjunto de leis que oriente e sustente as decisões;

- Capacidade de governo - significa a importância de manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para a consecução do projeto;
- Governabilidade do sistema - traduz a necessidade de construir fortes alianças, ou seja, que se reduza a resistência ao projeto de governo.

Nesse sentido, gerenciar é uma prática que requer visão ampliada dos problemas e da realidade que se pretende transformar. Requer conhecimento, recursos de toda natureza e, sobretudo, muita habilidade para lidar com adversidades, conflitos e diferentes interesses. Além disso, considerando que o ambiente é a realidade social, extremamente dinâmica, o gerente trabalha em situação de incertezas e de imprevisibilidade. Assim, fica claro que existe uma interdependência entre as três dimensões e que elas precisam ser conduzidas de forma integrada para que o projeto de governo se concretize (GUIMARÃES; LEITE, 2011).

Este modelo está orientado por um conceito guia de gestão, o qual, por sua vez, se pauta, também, em princípios orientadores do SUS, tais como: descentralização, flexibilidade, transparência, participação e autonomia decisória (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Desse modo, gestão é definida como

um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados (GUIMARÃES et al., 2004, GUIMARÃES, 2007, BARRETO, 2007).

Do mesmo modo, a capacidade de gestão é conceituada como a:

faculdade de decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão (GUIMARÃES, et al., 2004, GUIMARÃES, 2007, BARRETO, 2007).

Inspirados no *Triângulo de Matus*, Guimarães e colaboradores (2004), admitem, então, a demonstração desses conceitos através de três dimensões:

- *Dimensão organizacional* (capacidade de decidir), revela aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente (quem e como decide).

- *Dimensão operacional* (capacidade de executar), indica iniciativas dos gestores envolvidos com o programa, no sentido de manter e ampliar condições logísticas e gerenciais, mobilizando recursos, inclusive os estratégicos, a serem aferidos por meio de decisões/iniciativas voltadas para manter e mobilizar recursos técnicos, administrativos/financeiros e estratégicos que assegurem as condições desejáveis à gestão.
- *Dimensão da sustentabilidade* (capacidade de sustentar resultados), revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão da assistência farmacêutica a serem aferidos por meio de iniciativas voltadas para a socialização de informações, elevação da satisfação dos usuários e institucionalização de mecanismos de gestão que sustentem os seus resultados.

Somada ao conceito de gestão de Matus como capacidade de governar, a sustentabilidade contempla aspectos relacionados com a institucionalização de mecanismos e estratégias que ampliem e/ou consolidem apoios e alianças capazes de favorecer a manutenção das decisões e dos resultados pretendidos (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Muitos países têm desenvolvido sistemas de monitoramento e avaliação de programas bastante elaborados. Entretanto, poucos produzem informação regular sobre sua continuidade ou sobre até que ponto esses sistemas produzem os benefícios esperados (FELISBERTO, 2010).

Na área da saúde, esse conceito tem sido mais encontrado na literatura referente à promoção da saúde e, frequentemente, tem sido relacionado à continuidade dos programas nas instituições ou em parcerias com organizações comunitárias (FELISBERTO *et al.*, 2009).

A literatura reconhece três motivos por que a sustentabilidade é questão fundamental para os agentes de saúde pública. O primeiro é que os programas sustentados podem manter seus efeitos durante longos períodos. O segundo motivo é que, se os programas foram considerados benéficos à saúde da população analisada, a ausência de sustentabilidade levaria a uma perda de investimentos para as organizações e pessoas envolvidas. O terceiro é que a interrupção de programas comunitários representa uma decepção para os participantes e, tornam-se obstáculos às subsequentes mobilizações da comunidade (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

A gestão como atividade técnica omite as relações sociais a partir das quais ela emerge e é dependente (JUNQUILHO, 2011).

Neste estudo, o foco é a capacidade de gestão da assistência farmacêutica, a qual é orientada por princípios que são basilares da assistência à saúde no SUS, quais sejam: maior autonomia decisória do âmbito municipal com vistas a possibilitar um processo decisório mais rápido e, por consequência, mais efetivo; maior integração entre as esferas de governo e entre setores da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando maior interdependência e compartilhamento na autoridade e responsabilidade com a prestação de serviços à população; maior participação social e maior transparência, ao instituir, na estrutura organizacional, os conselhos de saúde, com vistas a gerar decisões mais consensuais, além de instituir canais e expedientes que possam, ao divulgar e socializar essas decisões para trabalhadores e usuários, contribuir para a construção de um processo decisório mais transparente e, por consequência, sujeito a um maior controle social (GUIMARÃES, 2007).

2.1.1. Gestão da Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica no setor público brasileiro se refere ao fruto das políticas sociais voltadas à saúde, cuja materialidade ocorre com a oferta de medicamentos e serviços afins e se viabiliza, prioritariamente, na rede de serviços do SUS (SANTOS, 2011). A partir do momento que a assistência farmacêutica é firmada como uma política social de grande impacto, que gera custos ao sistema de saúde e em que a estruturação, os recursos humanos capacitados e o acesso aos medicamentos derivam dessa política, ela precisa ter capacidade de gestão.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica define assistência farmacêutica como:

um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (CNS, 2004).

Para Santos (2011), a concepção de assistência farmacêutica passa a ser focada no medicamento a partir da industrialização deste, a expansão do comércio farmacêutico e a organização dos serviços de saúde como assistência médica curativa e beneficiária dos contribuintes – o acesso ao produto medicamento. Apenas com os avanços do SUS, as

construções teóricas nacionais e internacionais, e as políticas: Nacional de Medicamentos (PNM) e de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 1998; CNS, 2004), passou a ser construída uma concepção mais abrangente de assistência farmacêutica, que pode ser resumida como acesso e uso racional dos medicamentos.

Caracterizada como uma política, a assistência farmacêutica precisa de uma reflexão sobre gestão, que está além de questões técnicas somente.

A ênfase nos aspectos logísticos relativos à disponibilização de medicamentos, necessária em um primeiro momento, tendeu a restringir a discussão à descrição técnica das partes do modelo proposto pelo “ciclo da assistência farmacêutica” (SANTOS, 2011).

No Brasil, o ciclo da assistência farmacêutica é tradicionalmente discutido com base na publicação marcante de Marin e colaboradores (2003), intitulada “Assistência Farmacêutica para gerentes municipais”. Para os autores dessa publicação, a gestão é reconhecida como um processo administrativo e ocorre em todos os níveis de atividades da organização, ou seja, gestor, gerente e supervisor. Cada qual no seu nível desempenha atividades de previsão, organização, liderança, coordenação e controle, como ‘atividades administrativas essenciais’. Dessa forma, este trabalho ‘não se restringe’ somente ao Gerente da Assistência Farmacêutica, mas a todos os profissionais que executam atividades no Ciclo da Assistência Farmacêutica (MARIN *et al.*, 2003).

As características da administração clássica e científica de Taylor e Fayol, como previsão, organização, comando, coordenação e controle, são referenciais técnicos, que objetivam o aumento da produção. A gestão vista somente como modo de executar as etapas do ciclo da assistência farmacêutica remete à herança dessa administração clássica e, ao mesmo tempo em que parece facilitar a visualização das etapas e dar uma ideia de continuidade das tarefas logísticas, o ciclo também coloca a assistência farmacêutica em um patamar operacional somente, deixando uma visão simplista e reduzida, não levando em consideração os aspectos sociais, políticos e estratégicos. Desta forma, é possível compreender por que o medicamento enquanto tecnologia é mais privilegiado em determinadas concepções de assistência farmacêutica do que as pessoas que devem ser beneficiadas por seu uso.

A gestão da assistência farmacêutica ficou, então, empiricamente definida como um conjunto de ações técnico-operacionais, delimitadas ao cuidado do produto medicamento e, quando muito, ao seu destino.

Moratelli e Inácio (2010), estudando a literatura referente à gestão da assistência farmacêutica, constatam que a maior parte dos trabalhos analisados traz o conceito de gestão ligado ao campo da administração clássica. Esses achados evidenciam a visão tecnicista da gestão da assistência farmacêutica, privilegiando os princípios organizacionais com forte viés burocrático, numa condição de fornecedora de medicamentos, ou seja, voltada à logística de medicamentos.

Em um contexto mais amplo e geral, pode-se dizer que essas questões representam apenas um dos vértices do *Triângulo de Matus*, ou seja, a Capacidade de governo, que significa a importância de manter e mobilizar recursos operacionais, técnicos e humanos para a consecução do projeto.

Sendo a gestão da assistência farmacêutica vista como prática social, e tomando o referencial de gestão conceituado por Guimarães e colaboradores (2004), a assistência farmacêutica básica é entendida como o

conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica da saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos de forma descentralizada e compartilhada (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

E, por fim, o mesmo grupo ainda conceituou a gestão da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde como a

capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da Assistência Farmacêutica Básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

2.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

As decisões necessárias para atender os preceitos de universalidade do acesso, a qualidade da atenção prestada e a

viabilidade econômica do SUS, são particularmente difíceis de tomar, principalmente, por envolverem um sistema de saúde complexo. Nesse contexto, a necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, a qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida, e a avaliação se torna uma alternativa adequada para tal investigação (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Estudos avaliativos de políticas e programas podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade, no sentido da identificação dos aspectos exitosos, das dificuldades e, também, dos efeitos esperados e dos não intencionais, produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais. A avaliação pode, ainda, favorecer a racionalização do gasto público, como um instrumento para a melhoria do desempenho das organizações e do governo, promovendo uma maior capacidade de alcance dos melhores resultados desejados, e gerando uma maior possibilidade de governança (FELISBERTO, 2010).

Para Calvo e Henrique (2006), a avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica e deve ser entendida como um processo de negociação entre atores sociais. O resultado da avaliação está associado às concepções e práticas de saúde dos envolvidos, pelos parâmetros e critérios adotados, pelos valores e motivações dos atores e pelo aspecto do objeto que está sendo avaliado.

Neste estudo, o conceito de avaliação adotado foi o de Champagne e colaboradores (2011), que corresponde a:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos, que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que se possa traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011, p.44 – grifo da autora).

Para Silva (2005), conforme afirmado anteriormente, a intervenção é ajustada a um escopo maior do campo da avaliação,

chamado de “prática social”, uma vez que as práticas de saúde são consideradas casos especiais.

Na avaliação, são encontradas algumas vertentes e abordagens diferentes, tendo alguns autores como pioneiros no tema da avaliação em saúde, como passamos a apresentar.

Donabedian (1984) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A abordagem proposta por Donabedian diz respeito ao processo geral de cuidado e, quando se fala de um componente específico das ações em saúde (por exemplo, assistência farmacêutica), observam-se diferentes níveis de compreensão das consequências das estruturas e dos processos envolvidos com interesse avaliativo (PORTELA, 2000). Os resultados podem ser compreendidos sob diferentes óticas, cuja adaptação da terminologia internacional tem, no Brasil, aparecido com certa confusão nas diversas traduções (OPAS, 2005).

Segundo Guba e Lincoln (1989), a avaliação não surge de um momento para o outro; ela é resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução que envolve e onde interagem inúmeras influências.

Esses mesmos autores demarcaram em quatro fases distintas a evolução do campo da avaliação. Como Primeira Geração consideram o período referente à construção e aplicação de instrumentos de medidas (1910-1930), que têm origem nas *medições* de coeficiente de inteligência para classificação das crianças e determinação do progresso escolar. A Segunda Geração da avaliação é baseada no conceito de *descrição* e que, segundo os autores, marca o nascimento da Avaliação de Programas. A Terceira Geração da avaliação, segundo Guba e Lincoln (1989), surgiu a partir dos limites da abordagem anterior - descritiva e orientada por objetivos - e do fato de que não atendiam a outra face da avaliação que era o *juízo*. O que se esperava dos avaliadores era mais do que a descrição de atitudes, contextos e realizações, mas algo que referisse o mérito do objeto sob avaliação e para tal deveria julgar com base em padrões externos, para ajudar na tomada de decisão. Uma Quarta Geração da avaliação foi sugerida, então, caracterizada por esses autores, pela função de *negociação*, e emergiu na década de 80, tomando forma com a sua conhecida publicação de 1989 (GUBA; LINCOLN, 1989).

Na saúde pública brasileira, o marco inicial do processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no âmbito do SUS foi a

formulação pelo Ministério da Saúde, em 1998, do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e dos serviços de saúde referentes à atenção básica (BRASIL, 2003).

2.2.1. Avaliação da Gestão da Assistência Farmacêutica

Para a assistência farmacêutica, uma das principais avaliações realizadas em âmbito nacional ocorreu entre 2003/2004. O Departamento de Assistência Farmacêutica - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), coordenou a pesquisa “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, processo e resultados”, para a qual foi utilizado o conjunto de indicadores desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2005).

As metodologias de avaliação na assistência farmacêutica validadas nacionalmente fornecem modelos para a realização de estudos locais, estaduais ou regionais (MANZINI, 2013).

Destacam-se, aqui, trabalhos que, por meio de diagnósticos e avaliações, fornecem uma visão da assistência farmacêutica no Estado de Santa Catarina, como o de Nascimento Júnior (2000), Costa (2002), Santos (2003), Blatt (2005), Toreti (2006) e Ronsein (2010).

Sartor (2010) desenvolveu um modelo de avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS. As características contextuais dos serviços foram levantadas. O modelo apresentou-se adequado para avaliação de eficácia do serviço, elaborado com cinco dimensões de análise. Nos resultados encontrados, a eficácia do serviço no município foi classificada como regular. A Orientação foi o principal problema dos serviços, seguido pelo Acolhimento e pela Separação e Preparação do medicamento.

Veber e colaboradores (2011) realizaram uma análise dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica entregues à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em 2005 e 2006, onde as atividades de Assistência Farmacêutica foram caracterizadas, assim como a elaboração dos Planos e suas implicações para a gestão foram discutidas. Os resultados mostram que ainda há um grande descompasso entre o recomendado e o realizado nos municípios, havendo a necessidade de maior comprometimento de todas as esferas de gestão para que as atividades

de assistência farmacêutica garantam o acesso a medicamentos e serviços de qualidade, visando o uso racional.

O estudo de Guimarães e colaboradores desenvolvido em 2004 sobre a avaliação das organizações sociais teve seu aperfeiçoamento do em 2007 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Assistência Farmacêutica – NEPAF, com o desenvolvimento de um protocolo de indicadores selecionados e parametrizados de forma coletiva e os resultados da avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em dois municípios do Estado da Bahia, a título de estudo piloto para validação dos indicadores propostos (GUIMARÃES, 2007; BARRETO, 2007). Os resultados dessa pesquisa estão no artigo publicado por Joslene Lacerda Barreto e Maria do Carmo Lessa Guimarães, em 2010, intitulado “Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil” (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

A matriz avaliativa desenvolvida pelo NEPAF foi adaptada para a realidade catarinense e reformulada, utilizando técnicas para a obtenção de consenso entre especialistas do grupo de pesquisa e farmacêuticos, que lideram as atividades de assistência farmacêutica nos municípios catarinenses.

A revisão da matriz avaliativa foi participativa, realizada por meio de debates e oficinas de consenso, com a participação de pesquisadores da área e com os coordenadores de Assistência Farmacêutica de municípios catarinenses.

Na primeira oficina foram discutidos os indicadores, as premissas e as fontes de coletas de dados. Já, a segunda oficina objetivou a discussão dos parâmetros e das medidas dos indicadores revisados e propostos na primeira oficina (MANZINI, 2013).

As oficinas do modelo de avaliação de Manzini (2013) contaram com a presença de especialistas, entre pesquisadores do grupo “Políticas e Serviços Farmacêuticos” da UFSC, membros da Comissão de Assistência Farmacêutica no serviço público do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina (CRF/SC) e farmacêuticos que trabalham em municípios catarinenses.

Os objetivos do projeto intitulado “Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão”, que obteve como um dos resultados o estudo de Manzini (2013) e esta dissertação foram fomentar a discussão, na região, sobre avaliação e conceitos ampliados de gestão e de gestão da assistência farmacêutica. Por essa razão, a construção do modelo avaliativo foi realizada junto aos atores locais, na clareza de que os indicadores propostos estejam

adequados à realidade local, levando em consideração a política e as especificidades da organização do gerenciamento da assistência farmacêutica nos municípios catarinenses.

Segundo Manzini (2013), a utilização do modelo, desenvolvido para aplicação em Santa Catarina, por outros atores e em outros contextos, deve ser feita de maneira a não se restringir à aplicação de indicadores, medidas e parâmetros propostos na matriz avaliativa. O processo de adequação da matriz de avaliação, realizado de forma participativa, é de suma importância para que o modelo reflita o contexto onde será aplicado. O envolvimento dos interessados no processo de avaliação permite que mais pessoas estejam envolvidas e comprometidas com a assistência farmacêutica e, com isso, maior será a possibilidade de desenvolvimento de ações que impliquem reais mudanças no processo de gestão.

Assim, considera-se esta avaliação não só de interesse dos pesquisadores, por se tratar de uma pesquisa avaliativa, mas também dos gestores e trabalhadores envolvidos na assistência farmacêutica municipal.

A hipótese investigada é o fato de ainda prevalecer uma visão mais procedimental sobre a assistência farmacêutica, formada por uma lógica conceitual de matriz funcionalista, que privilegia sua condição de fornecedora de medicamentos, restringendo sua natureza estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos.

A avaliação dos municípios acontece sob as dimensões propostas por Guimarães e colaboradores (2004), quais sejam: organizacional, operacional e da sustentabilidade. A matriz avaliativa utilizada nesta pesquisa contempla indicadores que identificam a existência de normas e de estratégias para a implementação e sustentação de um modelo diferenciado de gestão da assistência farmacêutica, o que está pautado na autonomia decisória, na participação, na disseminação de conhecimentos estratégicos sobre a assistência farmacêutica e na satisfação com a qualidade dos serviços e/ou com o atendimento de demandas referidas por usuários e/ou por gestores e trabalhadores do sistema local de saúde.

2.3. PREMISSAS DO MODELO APLICADO

Baseada no modelo de avaliação de Manzini (2013), a matriz avaliativa é composta de 44 indicadores, sendo a avaliação realizada por meio desses indicadores divididos em três dimensões: organizacional,

operacional e da sustentabilidade (GUIMARÃES *et al.*, 2004). Cada indicador tem sua medida e parâmetro, que juntos formam o conjunto de subsídios para a emissão do juízo de valor. As premissas são a orientação e a justificativa de cada indicador, que colaboram para a capacidade de gestão da assistência farmacêutica (GUIMARÃES, 2007). Os indicadores são elementos que apontam certa condição, característica, atributo ou medida numérica que permitem o registro, a compilação e a análise de dados sobre um evento, tornando possível a mensuração de conceitos mais complexos (GUIMARÃES, *et al.*, 2004).

Cada um dos indicadores selecionados para a avaliação, segundo Guimarães (2007), mensuram fenômenos diversos e, por essa razão, também detêm poder de definição diferenciado sobre a capacidade de gestão, além de buscarem mensurar fenômenos que expressam, no processo de gestão, os princípios que orientam o SUS.

2.3.1. Dimensão organizacional

A dimensão organizacional avalia a capacidade que a gestão da assistência farmacêutica municipal tem em decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente, demonstrando quem e como se decide na gestão.

O envolvimento e a participação de diferentes atores no processo de planejamento e de decisão traduzem os princípios da autonomia, transparência e descentralização da gestão da assistência farmacêutica. A melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre os diferentes atores atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes na gestão, o que soma para a capacidade de decidir democraticamente (GUIMARÃES *et al.*, 2004, BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Quadro 1 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 1 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A Coordenação da AF está instituída formalmente na estrutura administrativa da SMS?	1. Condição de existência da Coordenação da AF na SMS.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador. - Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador. - Não há cargo ou função de gestor da assistência farmacêutica, mas há um farmacêutico referido no município para questões da farmácia. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 100% dos pontos / verde Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 50% dos pontos / amarelo Não há reconhecimento das funções de gestão da assistência farmacêutica: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A coordenação da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde é avaliada por sua condição de existência, nas formas citada na medida do quadro acima.

O Ministério da Saúde, nas Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (2009), preconiza a definição, na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, de um *lôcus* para a Assistência Farmacêutica no formato de diretoria, gerência, coordenação ou superintendência.

A gestão da assistência farmacêutica é entendida como uma concepção ampliada e inovadora, que precisa de um órgão ou instância que lidere e seja responsável por suas ações, como uma coordenação. O reconhecimento da assistência farmacêutica como uma área de gestão e não como um ponto de compra e entrega de medicamentos, influencia mudanças na imagem minimalista dos serviços farmacêuticos e na visão técnica da administração clássica. E, ainda, contribui para a garantia de uma gestão que decide e executa, de forma participativa, com autonomia e sustentando os resultados alcançados.

Quadro 2 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 2 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A Coordenação de AF decide sobre questões relevantes concernentes à AF no âmbito da SMS?	2. Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.	<p>Sim / Não</p> <p>Tipos de questões referidas:</p> <p>1- Formulação de diretrizes para a organização da AF no município.</p> <p>2- Seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para as US.</p> <p>3- Acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias / US sobre as ações da AF.</p>	<p>Sim para todas as questões: alto grau de autonomia: 100% dos pontos / verde</p> <p>Sim para pelo menos dois tipos de questões: médio grau de autonomia: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Sim para uma das questões: baixo grau de autonomia: 25% dos pontos / roxo</p> <p>Nenhuma das questões referidas: autonomia inexistente: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A autonomia decisória é um dos princípios que constroem a gestão da assistência farmacêutica e é medida sob as questões antes referidas. Se bem alicerçada, pode melhorar a capacidade de gestão no município e contribuir no reconhecimento da área dentro da secretaria, mantendo os resultados e legitimando a assistência farmacêutica como um serviço bem estruturado para os usuários.

A autonomia da coordenação da assistência farmacêutica no âmbito municipal fica prejudicada, por ser, segundo Barreto (2007), dependente do entendimento do gestor quanto à importância da assistência farmacêutica sendo uma política de saúde, o que a torna mais vulnerável do que outros programas, podendo ser desarticulada com mudanças políticas e administrativas na gestão do setor saúde. A autonomia é também constrangida pela quantidade insuficiente de farmacêuticos envolvidos com as atividades da assistência farmacêutica no setor público e pelas dificuldades operacionais, como: no processo de licitação de compra, de programação, transporte inadequado de medicamentos, armazenado de forma inadequada, a dispensação e programação de forma inadequada, ausência de sistema de controle de dispensação (BARRETO, 2007). A falta de autonomia impede o

desenvolvimento e a capacidade de decidir a gestão, já que constitui um dos princípios orientadores para organização da gestão.

Quadro 3 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 3 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Qual é a profissão do coordenador da AF?	3. Profissão do coordenador da AF.	<ul style="list-style-type: none"> - Farmacêutico. - Outra profissão da área da saúde. - Outra profissão que não seja da área da saúde./Qualquer outra situação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Farmacêutico: 100% dos pontos / verde -Outra profissão da área da saúde: 50 % dos pontos / amarelo -Qualquer outra situação: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

Segundo a Lei n. 5991/73, farmácias e drogarias terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia. Conforme estabelecido no Decreto n. 85878/81, a responsabilidade técnica de produtos farmacêuticos de qualquer natureza é atribuição privativa do profissional farmacêutico.

Tomando o alicerce legal, o farmacêutico é o profissional indicado para assumir um cargo de liderança e gerenciamento, como o de coordenador da assistência farmacêutica. É um profissional que, além de cuidar das questões operacionais, de delegar as funções técnicas, também tem uma importância política, pois é gestor de recursos financeiros, insumos para saúde e, principalmente, de pessoas. Por isso, o farmacêutico enquanto coordenador está numa condição que contribui para a capacidade de gestão e pode contribuir na evolução dos conceitos reducionista da assistência farmacêutica, para um olhar voltado ao usuário e ao medicamento como um insumo que faz parte de um processo terapêutico e não o centro das ações da gestão.

Quadro 4 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 4 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Os farmacêuticos e coordenadores de US conhecem a Coordenação da AF?	4. Conhecimento da existência da Coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	Número de farmacêuticos e coordenadores de US que conhecem a existência da Coordenação da AF /Total de informantes x100	100% de respostas positivas: 100% dos pontos /verde Abaixo de 100%: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

O reconhecimento da coordenação da assistência farmacêutica é critério de importância, pois sem ele a coordenação não se mantém acreditada e nenhuma estruturação, crescimento ou avanço vai ser estável. O parâmetro utilizado nesse modelo demonstra que, se a coordenação da assistência farmacêutica existe, todos os profissionais devem conhecê-la. Os coordenadores das unidades e farmacêuticos, assim como prescritores e também os usuários, entendendo a coordenação da assistência farmacêutica como parte da gestão, podem melhorar a sua visibilidade e seguir os princípios de transparência, credibilidade e autonomia.

Quadro 5 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 5 e 6 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A CFT existe formalmente na SMS do Município?	5. Existência formal da CFT na SMS.	<ul style="list-style-type: none"> - Oficial: portaria ou nomeação dos membros da CFT. - Não oficial - Não existe 	<ul style="list-style-type: none"> - Oficial: 100% dos pontos / verde - Não oficial: 75% dos pontos / amarelo - Não existe: não pontua / vermelho
A CFT funciona regularmente?	6. Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	<p>Municípios com mais de 100.000 habitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acima de 6 (seis) reuniões anuais: regular - Abaixo de 6 (seis) reuniões anuais: irregular <p>Municípios com menos de 100.000 habitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acima de 3 (três) reuniões anuais: regular - Abaixo de 3 (três) reuniões anuais: irregular 	<p>Regular: 100% dos pontos / verde</p> <p>Irregular/Não existe: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, com finalidade de

selecionar medicamentos essenciais, assessorar a coordenação da assistência farmacêutica nas questões referentes a medicamentos e promover ações educativas (BRASIL, 2006a). Para Perini (2003), a seleção é um processo que culmina na escolha de medicamentos a serem utilizados na assistência à saúde de determinada instituição ou serviço, com base em critérios fármaco-epidemiológicos e fármaco-econômicos predefinidos. Reis e Perini (2008) ressaltam o envolvimento da CFT na prevenção e gerenciamento do desabastecimento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde. Dada sua importância para questões de seleção de medicamentos eficazes, seguros e custo-efetivos, a falta dessa comissão indica condições inadequadas para tomar decisões relacionadas à seleção, o que implica no acesso a medicamentos de qualidade.

Com regularidade de funcionamento, os encontros da CFT podem ser considerados um ponto de contribuição para todas as áreas envolvidas com medicamentos e os usuários, pois a educação continuada dos profissionais é uma das funções dessa comissão. Vale ressaltar que a participação e o envolvimento dos profissionais da equipe de saúde nessa atividade contribuem para que estes se tornem mais informados e se sintam corresponsáveis com a relação de medicamentos selecionados, além de acrescentar valor técnico ao trabalho. Essa participação pode contribuir com a aceitação da lista e com a prescrição dos medicamentos contemplados (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011).

O fato de não existir uma CFT municipal e, preferencialmente, formalizada, com regularidade de funcionamento, prejudica a capacidade de decidir da gestão da assistência farmacêutica. Segundo Santana (2013), a falta de critérios previamente estabelecidos para incorporação de tecnologias em unidades de saúde resulta numa desregulamentação do arsenal terapêutico, criando listas de medicamentos inflacionados, com itens de utilidade questionáveis.

Em um estudo que demonstrou os impactos assistenciais e econômicos da implantação de CFT em hospitais públicos, além da melhoria dos indicadores associados ao grau de essencialidade e disponibilidade no mercado, foi possível observar, também, uma redução da demanda de custos dos insumos após a implantação do processo de seleção, por meio das CFT (SANTANA, 2013).

Quadro 6 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 7 e 8 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Os farmacêuticos participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde?	7. Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Participou das atividades de elaboração do Plano Municipal de Saúde - Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF. - Farmacêuticos não participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participou das atividades de elaboração do Plano Municipal de Saúde: 100% dos pontos / verde - Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF: 50% dos pontos / amarelo. - Farmacêuticos não participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde: não pontua / vermelho
Os farmacêuticos conhecem o Plano Municipal de Saúde?	8. Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.	Nº de farmacêuticos que conhecem o Plano Municipal de Saúde /Total de informantes x100	100% de respostas positivas: 100% dos pontos /verde Abaixo de 100%: não pontua / vermelho

Fonte: Autora

O planejamento do SUS deve ser uma ação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009b).

A Lei n. 8.080/90, no artigo 15, define que a elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde é atribuição da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e também estabelece que, em conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do SUS a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1º do artigo 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990a).

Nesse sentido, Lei n. 8.142/90, no artigo 4º, fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e dos serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, os estados e o Distrito Federal, deverão levar em consideração o Plano de Saúde (BRASIL,

1990b). No Brasil, o aporte legal justifica o uso e a construção do Plano Municipal de Saúde, que de ser um instrumento promissor no planejamento das ações para alcançar seus objetivos e metas traçados.

A participação de farmacêuticos na construção do Plano Municipal de Saúde, bem como o conhecimento do Plano pelos farmacêuticos são aspectos relevantes, já que o planejamento é uma questão inerente à gestão, que não acontece sem ele. Planejar é uma atividade própria do ser humano. Pensar o futuro e definir estratégias para alcançá-lo orienta a atuação do homem em todos os espaços (VEBER; LACERDA; CALVO, 2011).

Conhecer o Plano de Saúde do município é a condição mínima para o profissional de saúde planejar e desempenhar suas funções, de forma coordenada e engajada com a política de saúde do município, e poder colaborar com ela.

Quadro 7 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 9 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A Coordenação da AF participa nas discussões/ decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município?	9. Participação da Coordenação da AF nas discussões/ decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A participação da coordenação da assistência farmacêutica nas discussões e decisões sobre programas ou atividades de saúde no município permite ampliar as ações de saúde, uma vez que a participação é ingrediente essencial para a formulação dos conceitos de gestão adotados neste estudo e orientados por princípios basilares do SUS.

O SUS, ao ser concebido, admitiu a existência de múltiplos interesses e concepções sobre como esse sistema poderia ser conduzido, em um contexto de tanta diversidade e tantas diferenças. Para tanto foi necessária a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada do SUS, considerados lócus de encontros e desencontros entre pessoas e ideologias, gerando embates e tensões permanentes (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Quadro 8 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 10 e 11 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existe programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF?	10. Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	Sim /Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
A programação de medicamentos é feita com base em critérios técnicos?	11. Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	- Utilização de métodos de programação de medicamentos: a) perfil epidemiológico b) oferta de serviços c) consumo histórico d) consumo ajustado - Não utilização de métodos de programação.	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A programação de medicamentos, assim como o gerenciamento de estoques são atividades-chave por suas relações com o nível de acesso aos medicamentos, bem como com o nível de perdas desses produtos (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Segundo as Normas para organização da Assistência Farmacêutica na atenção básica (2006), programar consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo (BRASIL, 2006a). A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. É necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos da farmácia, o perfil demográfico da população atendida pela mesma, a demanda e a oferta de serviços de saúde que representa, bem como dos recursos humanos de que dispõe (MARIN *et al.*, 2003).

A programação para aquisição de medicamentos realizada com critérios técnicos, como perfil epidemiológico, oferta de serviços, consumo histórico e consumo ajustado, é recomendação para manter o abastecimento dos medicamentos, e a falta desses critérios pode comprometer a programação (MARIN *et al.*, 2003; BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Além disso, os medicamentos adquiridos em quantidade muito superior ao necessário ocasionam perdas e desperdícios de recursos públicos, decorrente da necessidade de descartar produtos com prazo de validade expirado; ou em quantidade

muito inferior, prejudicando o acesso da população e, consequentemente, a efetividade do cuidado à saúde (VIEIRA, 2008a).

Estudo de Vieira (2008a), em que problemas para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil foram identificados, os resultados apontaram que em 71% dos municípios ocorre controle de estoque ausente ou deficiente.

Quadro 9 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 12 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Quem define os parâmetros de programação para distribuição dos medicamentos a serem distribuídos para as US?	12. Responsável (is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.	<ul style="list-style-type: none"> - Definição feita em conjunto com a US e com a coordenação da AF. - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US. - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela coordenação da AF. 	<ul style="list-style-type: none"> Definição feita em conjunto com a US e com a coordenação da AF: 100% dos pontos / verde Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US ou somente pela coordenação da AF: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A programação para distribuição é o que define os parâmetros como quantidade e tipos de medicamentos enviados às unidades de saúde. A distribuição de medicamentos é uma atividade que consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

A decisão dos parâmetros de programação para distribuição dos medicamentos às unidades de saúde tem por objetivo a garantia das quantidades e dos tipos de medicamentos que os usuários terão disponíveis. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, uma criteriosa avaliação deve ser feita para proceder o atendimento requerido pelas unidades de saúde, verificando as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda (atendida e não atendida), o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior (BRASIL, 2006a).

Segundo Marin e colaboradores (2003), a programação para distribuição deve ser descentralizada, para que possa retratar o mais fielmente possível a necessidade local. A perpetuação de programação centralizada pode ocasionar excessos e faltas de grande monta, com sério impacto sobre a resolutividade dos serviços.

Portanto, se os parâmetros forem definidos em conjunto entre os profissionais da unidade de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica ou Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), é sinal que a responsabilidade das ações são compartilhadas e a gestão está sendo realizada de forma participativa com estratégias de descentralização.

Quadro 10 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 13 da dimensão organizacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A rede de AF possui sistema informatizado integrado ao sistema da rede de atenção à saúde?	13. Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	<p>- Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde.</p> <p>- Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde.</p> <p>- Não existe sistema informatizado.</p>	<p>- Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 100% dos pontos / verde</p> <p>- Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>- Não existe sistema informatizado: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Diante de tantos desafios na gestão, a busca por melhores informações em tempo hábil e a utilização dessas informações representam fatores essenciais na formulação e execução de políticas e programas voltados à melhoria das condições de vida da população brasileira (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012).

Um sistema informatizado para os serviços farmacêuticos, integrado a toda rede de atenção à saúde constitui uma condição técnica e operacional que intensifica a gerência de todos os serviços prestados. É uma ferramenta fundamental, que fornece as informações necessárias em tempo real, e, além de modernizar os procedimentos, agiliza o processo de tomada de decisão; se for bem alimentado pode criar um banco de dados confiável e diminuir a manipulação de grande quantidade de documentos (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

O Departamento de Assistência Farmacêutica preconiza, nas instruções para organização da assistência farmacêutica na atenção

básica (2006), o desenvolvimento do sistema de informação nas atividades de assistência farmacêutica. E recomenda, também, nas Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (2009a), a implantação de um sistema informatizado para a gestão da assistência farmacêutica. Entre esses sistemas, o Ministério da Saúde recomenda e disponibiliza o Hórus, ferramenta apropriada para a qualificação da gestão. O Hórus possibilita a definição dos fluxos e das responsabilidades no processo de trabalho; o registro sistemático das ações e o acompanhamento, em tempo real, do serviço por meio da emissão e avaliação de relatórios que permitem maior agilidade, segurança e controle dos serviços farmacêuticos, e é disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos municípios (BRASIL, 2009a).

A utilização de um sistema informatizado na assistência farmacêutica, integrado ao sistema da rede de atenção à saúde, é uma forma de integração dos setores, com o uso de ferramentas que apoiam as decisões a serem tomadas para melhoria da capacidade de gestão.

A informatização desta área possibilitará que dados e informações fiquem à disposição, contribuindo sobremaneira na elaboração de indicadores para a Assistência Farmacêutica, constituindo-se importante ferramenta para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações (BRASIL, 2011a).

2.3.2. Dimensão operacional

A dimensão operacional é definida pela condição de existência de um conjunto de procedimentos e de mecanismos que revelam aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica no SUS. A capacidade da gestão em manter e ampliar os recursos logísticos e gerenciais é avaliado, o que soma para a capacidade de executar (GUIMARÃES *et al.*, 2004, BARRETO; GUIMARÃES, 2010) .

Esta dimensão avalia, principalmente, aspectos da qualificação e estruturação técnica da gestão da assistência farmacêutica. De forma indireta avalia a política ao identificar os investimentos mobilizados pela gestão da assistência farmacêutica.

Quadro 11 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 1 e 2 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existe uma lista de medicamentos essenciais no município?	1. Existência da Remume.	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionalizada por meio de norma - Não institucionalizada por meio de norma - Não existe 	<p>Existe institucionalizada por meio de norma: 100% dos pontos / verde</p> <p>Existe mas não institucionalizada por meio de norma: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Não existe: não pontua / vermelho</p>
Os medicamentos prescritos para os usuários das unidades são aqueles previstos nos elencos dos componentes de financiamento da AF?	2. Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	Total de medicamentos prescritos que constam nas listas de medicamentos adotadas pelo município/ Total de medicamentos prescritos por usuário dia x 100	<p>Acima de 90%: 100% dos pontos / verde</p> <p>Entre 75 a 89%: 75% dos pontos / amarelo</p> <p>Entre 50 a 74%: 50% dos pontos / roxo</p> <p>Abaixo de 50%/ausência de Remume: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A padronização de medicamentos em uma lista municipal, chamada também de Relação Municipal de Medicamentos (Remume), garante o início da organização dos serviços e orienta vários deles, como a aquisição, a programação e as prescrições. A OMS recomenda a formulação de uma lista de medicamentos essenciais a ser elaborada por uma comissão nacional multidisciplinar, como uma das diretrizes para assegurar o programa de medicamentos essenciais (WHO, 1995).

Os recursos para aquisição dos medicamentos são otimizados por meio de uma lista padronizada, a qual facilita ações educativas para prescritores, dispensadores e usuários, permitindo a uniformização das condutas terapêuticas, assim como poderá diminuir o uso irracional dos medicamentos (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO 2011). A seleção cuidadosa de número limitado de medicamentos essenciais

permite melhorar a qualidade de atenção à saúde, a gestão dos medicamentos, a capacitação dos prescritores e a educação do público. O impacto da adoção de tal política, se efetivamente posta em prática, é de manejar medicamentos mais eficazes, mais seguros, de menor custo e, por consequência, garantir maior acesso à população (WANNMACHER, 2006).

A existência de uma lista institucionalizada por meio de norma, reconhecida pela população e por toda a equipe de saúde do município, formaliza esse documento norteador de várias políticas e ações de assistência farmacêutica. Sua existência, como lista oficial, mesmo ela não estando formalizada por norma ou sendo levada ao Conselho Municipal de Saúde, é considerada um avanço na capacidade de gestão da assistência farmacêutica, mas que precisa ser aperfeiçoada ao ser normalizada e instituída.

As listas facilitam o desenvolvimento de um trabalho de educação continuada aos prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos; auxiliam as ações de farmacovigilância, visto que, com um número mais restrito de medicamentos, é possível aumentar a experiência e o nível de conhecimento dos prescritores e dispensadores, facilitando o monitoramento e a identificação de reações adversas (MARIN *et al.*, 2003).

As ações educativas que a lista padronizada proporciona geram a possibilidade de diminuição de erros e a melhoria dos resultados de tratamentos, além de permitir a uniformização de condutas terapêuticas (OLIVEIRA; GROCHOCKI; PINHEIRO, 2011). Por isso as listas padronizadas, como a do Componente Básico, Estratégico e Especializado, ou a Remume, que leva em consideração as necessidades regionais, podem servir de guias para as prescrições. Um número maior de medicamentos prescritos, baseados nessas listas, sugere que a diversidade e adequação dos medicamentos seguem as necessidades e a situação de saúde do local, o que mostra as iniciativas e a preocupação dos prescritores com a padronização dos tratamentos, incentivando seu uso adequado e o resultado positivo da política e das decisões adotadas pela gestão da assistência farmacêutica.

De Bernardi e colaboradores (2006), em estudo desenvolvido, concluíram que 76% dos medicamentos prescritos são baseados na lista básica dos municípios avaliados, e consideram que a porcentagem de medicamentos prescritos nas unidades de saúde avalia a adesão dos prescritores dos serviços de saúde dos municípios à lista de medicamentos essenciais básicos, pois, onde a Assistência Farmacêutica é efetiva, a porcentagem se aproximou de 100%. O resultado inferior

encontrado nesse estudo sugere que existe um problema, tanto de conhecimento como de aceitação dos prescritores quanto aos medicamentos da lista básica, e que os municípios estão gastando recursos próprios para a compra de medicamentos que estão fora da lista pactuada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e custeada pelos recursos da Assistência Farmacêutica Básica, desviando recursos que poderiam ser aplicados em outras necessidades de saúde do município.

Quadro 12 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 3 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Há medicamentos da Remume que não constam na Rename 2010 ou em elencos pactuados na CIB?	3. Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.	Total de medicamentos da Remume não constantes na Rename e/ou em elencos pactuados na CIB / Total de medicamentos da Remume X 100	Até 10%: 100% dos pontos / verde Acima de 10,1%/ausência de Remume: não pontua / vermelho Todos os medicamentos constam na Rename: 75% dos pontos / amarelo

Fonte: Elaborado pela autora

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), segundo a Política Nacional de Medicamentos serve de base para a organização das listas estadual e municipal, e deve ser utilizada como uma forma de racionalizar as ações no âmbito da assistência farmacêutica (BRASIL, 1998).

Segundo Marin e colaboradores (2003), a Rename é referência para as seleções de medicamentos locais. Além de constituir um instrumento norteador da prática, servindo para orientar e subsidiar os municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos, objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos (WANNMACHER, 2006).

Os medicamentos que constam na Remume devem ser selecionados a partir da Rename, mas as necessidades específicas devem ser levadas em consideração na seleção da lista. Por isso até 10% de medicamentos da Remume não baseados na Rename é o parâmetro considerado limite neste indicador. Uma porcentagem maior aponta uma elevação nos custos com aquisição de medicamentos.

Quadro 13 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 4 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existem medicamentos, destinados à dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US?	4. Existência de medicamentos, destinados à dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	Sim / Não para medicamentos fora da validade Existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade	Não existência de medicamentos fora da validade: 100% dos pontos / verde Não existência de medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 50% pontos/amarelo Existência de pelo menos um medicamento fora da validade: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A RDC da Anvisa n. 44/09 (BRASIL, 2009d), que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento em farmácias e drogarias, coloca, no artigo 38, que os produtos vencidos devem ser segregados em ambiente seguro e diverso da área de dispensação e identificados quanto a sua condição e destino, de modo a evitar sua entrega ao consumo. Portanto, medicamentos fora do prazo ou sem a data de validade no blister, causado pelo fracionamento na dispensação para seguir a prescrição, indicam ausência de condições técnicas e operacionais, como controle adequado e suficiente do estoque.

A existência de condições mínimas de higiene e boas práticas, para que os medicamentos cheguem aos usuários de forma estável e garantam o uso eficaz, é essencial para a execução da gestão da assistência farmacêutica. Os produtos devem ser armazenados obedecendo às condições técnicas ideais de luminosidade, temperatura e umidade, com o objetivo de assegurar a manutenção das características e da qualidade necessárias à correta utilização. Os medicamentos devem ser dispostos de forma a garantir as características físico-químicas, a observação de prazo de validade e, ainda, a manutenção da qualidade (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011). Do mesmo modo, a farmácia deve ter procedimentos claros quanto ao destino correto dos medicamentos vencidos e processos que definam as ações para os medicamentos que estão próximos a serem vencidos. O estabelecimento

deve manter Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para o destino dos produtos com prazos de validade vencidos e destinação dos produtos próximos ao vencimento (BRASIL, 2009c).

O fato de os medicamentos serem fracionados e faltar a data de validade é um reflexo da indústria que, ao produzir os medicamentos, não tem a preocupação de projetar uma embalagem fracionável, com data de validade e lote em todos os comprimidos. O Brasil é desprovido de legislação adequada para fracionamento de medicamentos de uso ambulatorial. A exigência em ambiente hospitalar é realizada diferente do uso ambulatorial, comprometendo a capacidade técnica da gestão municipal da assistência farmacêutica.

Quadro 14 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 5 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existem instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos nas US?	5. Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	<p>Sim / Não para os seguintes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Termômetro digital - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis - Armário com chave para armazenamento dos psicotrópicos <p>Considerar para cada unidade de saúde apenas os itens elegíveis. Calcular a porcentagem de cada unidade e, para o município, a média das porcentagens das unidades.</p>	<p>Acima de 75% média: 100% dos pontos: verde</p> <p>50% a 75% média: 75% dos pontos: amarelo</p> <p>25% a 50% média: 50% dos pontos: roxo</p> <p>0 a 25% média: 25% dos pontos: vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos é garantir, no conjunto do sistema de saúde, farmácias com serviços e ambientes adequados, em que as áreas físicas sejam planejadas e capazes de oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; de garantir que os medicamentos mantenham sua integridade física e química; e de proporcionar boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento dos usuários do sistema. Isso, ainda, com o

objetivo de desenvolver ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente, permitindo a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde (BRASIL, 2009a).

Baseados nas Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (2009a), alguns instrumentos foram selecionados para verificação da sua existência nas farmácias das unidades de saúde, tais como, termômetro digital, aparelho de ar condicionado, refrigerador próprio para termolábeis e armário com chave para psicotrópicos. A existência desses instrumentos pode demonstrar condições favoráveis, que garantam o início da estruturação das farmácias e a ampliação da visão da farmácia como qualquer local de entrega de medicamentos.

As perdas de medicamentos podem ser agravadas pelas condições inadequadas de armazenamento. Essa situação foi observada em 39% dos municípios em estudo desenvolvido por Vieira (2008a), que apontou aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. O fato sinaliza a falta de investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento nas farmácias das unidades de saúde e, ainda, em recursos humanos.

Quadro 15 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 6 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A SMS tem um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde?	6. Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A geração de resíduos medicamentosos acontece pela dispensação de medicamentos além da quantidade exata para o tratamento do paciente; pelas apresentações não condizentes com a duração do tratamento; pela não implantação do fracionamento de medicamentos pela cadeia farmacêutica; interrupção ou mudança de tratamento; distribuição aleatória de amostras-grátis; pelo gerenciamento inadequado de estoques de medicamentos pelas empresas e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2011b).

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é condição normativa, e sua existência é avaliada na matriz de

indicadores. A geração de resíduos, de uma forma geral, constitui-se atualmente em um grande desafio a ser enfrentado pelas administrações municipais e estaduais, sobretudo nos grandes centros urbanos. O descarte de medicamentos não pode ser discutido isoladamente, já que é apenas um dos muitos resíduos gerados (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

Segundo a Lei n. 12.305, de 02 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, estão sujeitos à elaboração do plano de gerenciamento estabelecimentos produtores de resíduos de serviços de saúde.

A Resolução n. 306, de 2004, afirma que o PGRSS é o documento que descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e avaliados seus riscos no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente.

Quadro 16 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 7 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Houve nos últimos 4 (quatro) anos investimentos em infraestrutura de serviços de AF?	7. Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	Sim/ Não para as seguintes questões: - Reforma ou ampliação de Farmácia de US - Reforma, ampliação da CAF - Programas de capacitação de recursos humanos - Informatização da rede - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF	Sim para pelo menos 4 questões: 100 % dos pontos / verde Sim para pelo menos uma questão: 50% dos pontos / amarelo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A matriz de indicadores contempla os investimentos em infraestrutura para os serviços de assistência farmacêutica nos municípios e leva em consideração os itens propostos na medida do Quadro anterior (16). São estratégias que demonstram a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a qualificação da assistência farmacêutica municipal (GUIMARÃES, 2007).

Em 2010, foi lançada a Portaria n. 4217, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência

Farmacêutica. O artigo. 5º define que as Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS, nos municípios; à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica; e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na Atenção Básica. Esta orientação constitui um incentivo normativo aos municípios para investirem em infraestrutura de serviços de assistência farmacêutica (BRASIL, 2010a).

Em estudo, Vieira (2008a) concluiu que as perdas de medicamentos por condições inadequadas de armazenamento ou medicamentos vencidos são um fator que sinaliza a falta de investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento nas farmácias das unidades de saúde. Nesse estudo fica evidente que a falta de investimentos pode desqualificar os serviços e desencadear uma série de problemas para a gestão da assistência farmacêutica.

Os benefícios dos investimentos em estruturação e manutenção de um serviço de farmácia têm um enorme potencial para superar os seus custos, diminuindo o número de usuários que evoluem a um nível de maior complexidade de atendimento, diminuindo a quantidade de produtos que são descartados por ultrapassar o prazo de validade, pois ocorre economia nas aquisições; aumentando o atendimento das prescrições por existir uma melhor distribuição dos medicamentos e aumentando o número de itens atendidos por prescrição, devido a maior interação entre o prescritor e o farmacêutico nas unidades de saúde (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).

Quadro 17 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 8 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
As farmácias das US contam com a presença de farmacêuticos?	8. US que contam com a presença de farmacêutico.	<p>Número de US que contam com a presença de farmacêutico /Total de US x 100</p> <p>-Contabilizar somente as unidades de saúde que prestam serviços de atenção primária e dispensam medicamentos para esse nível de atenção à saúde(CAPS e UPA não são contados)</p>	<p>100% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>De 51 a 99% de respostas positivas: 75% dos pontos / amarelo</p> <p>De 1 a 50% de respostas positivas: 50% dos pontos / roxo</p> <p>Nenhuma US com farmacêutico: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

O serviço de farmácia deve constituir-se como referência para informações técnico-científicas sobre medicamentos para a saúde local e seus profissionais (BRASIL, 2009a). A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004) defende que as ações de assistência farmacêutica envolvem corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Segundo a Política Nacional de Medicamentos (1998), o farmacêutico ocupa papel-chave na assistência farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas.

O momento da dispensação é, muitas vezes, o único contato que o usuário tem com o farmacêutico e também o último com algum profissional de saúde antes de iniciar o tratamento da sua doença ou enfermidade (MARIN *et al.*, 2003). A equipe de trabalho deve compreender que a responsabilidade técnica dessas atividades e sua gestão são do profissional farmacêutico. (BRASIL, 2009a).

O indicador oito da matriz de avaliação entende que todas as unidades de saúde que prestam serviços de atenção básica e dispensam medicamentos para esse nível de atenção devem ter, de forma ideal, a presença do farmacêutico, que contribui com a qualificação técnica dentro da equipe de saúde, mas que pode evoluir para a ajuda nos processos organizacionais das instituições e, principalmente, sociais, no compartilhamento de vivências e no vínculo criado com a comunidade.

Além disso, a dispensação de medicamentos é ato privativo do farmacêutico, segundo o Decreto n. 85878/81.

Estudo de Oliveira e colaboradores (2010) aponta que somente 11,53% das unidades de saúde do município estudado tinham farmacêutico. A falta de inserção do farmacêutico nas equipes de saúde da família e a pouca atenção dispensada pelos gestores municipais às questões de organização e estruturação da assistência farmacêutica básica podem comprometer a qualidade da assistência. Nesse aspecto, o medicamento pode até ser disponibilizado, mas o usuário não tem garantias de sua qualidade, além de não receber, ou receber parcialmente, as informações necessárias para a adequada farmacoterapia.

Em serviços públicos, os governos e dirigentes discutem a questão do abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, mas, geralmente, não se preocupam com a estruturação e organização deste serviço. A maioria das farmácias de unidades básicas de saúde funciona porque um leigo ou profissional com poucos conhecimentos sobre medicamentos atua na dispensação (VIEIRA, 2008b), o que compromete a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica.

Quadro 18 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 9 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A SMS tem mecanismos para registro da produtividade do farmacêutico?	9. Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A maioria dos profissionais de saúde tem uma forma oficial de registrar e medir o quanto cada uma produz em sistemas de informação em saúde. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por exemplo, permite uma avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009c). Os registros no SIAB podem ser de consultas médicas, atendimentos realizados por médicos e enfermeiros, solicitações de exames, encaminhamento médico para atendimento especializado, internação hospitalar e urgência/emergência, atendimento individual de outros profissionais que não o médico, procedimentos, visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais, procedimentos de promoção e prevenção em saúde

bucal, reuniões realizadas pelo agente comunitário de saúde e atendimento em grupo (SANTOS *et al.*, 2012). O registro da assistência farmacêutica é identificado pelos medicamentos dispensados e não pelos serviços prestados.

Com o farmacêutico não deve ser diferente, porém, ainda na atenção básica, esse mecanismo não acontece para ele. Seria uma forma de demonstrar os serviços prestados pelo profissional, motivá-lo e deixá-lo mais seguro das suas ações; seria como uma autenticação dos serviços prestados.

No estudo de Santos e colaboradores (2012) sobre a análise do registro das atividades no SIAB, realizadas pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde, verificou-se que 75,7% das atividades registradas no SIAB são de médicos e enfermeiros, 7,5% de odontólogos e 5,4% de outro profissional de nível superior, podendo estar nesse baixo número o farmacêutico.

A falta de informações sobre os serviços farmacêuticos prestados dificulta tanto a identificação das falhas nos serviços quanto o planejamento, assim como prejudica o reconhecimento desses serviços pela gestão municipal, por outros profissionais e pela sociedade.

Quadro 19 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 10 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A dispensação de medicamentos nas US é orientada por instrumentos de padronização?	10. Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A dispensação é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (MARIN *et al.*, 2003). A dispensação, enquanto parte do processo de cuidado do usuário, é o ponto final do atendimento ambulatorial, e é nesse momento que o usuário tem a oportunidade de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir os possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa prescrita (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).

A organização da dispensação de medicamentos através de instrumentos como um manual padronizado é indicada pelo Ministério da Saúde no documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no

âmbito do Sistema Único de Saúde” (2009a). Entende-se ser necessária a existência de um fluxo administrativo ágil, simplificado e racional dos processos; conhecido por todos os trabalhadores; que contemple as atribuições de todos os setores da farmácia, proporcionando a organização dos serviços.

Alguns cuidados devem ser tomados na elaboração de um POP, entre eles: não copiar procedimentos de livros ou de outras organizações, tendo em vista que existem particularidades em cada serviço; realizar constantes análises críticas (BRASIL, 2009a).

O manual de dispensação padroniza o serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade, para que todos os usuários o recebam igualmente, respeitando suas individualidades.

Quadro 20 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 11 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Qual é a porcentagem do orçamento destinado à aquisição de medicamentos demandados por ações judiciais?	11. Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano.	Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos no último ano / Orçamento destinado à aquisição de medicamentos X100	Abaixo de 10%: 100% dos pontos / verde Mais de 10%: 50% dos pontos / amarelo O município não tem esta informação ou não tem gastos com judicialização: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A judicialização dos medicamentos é analisada nesta pesquisa comparando o valor que cada município investe com a aquisição por essa via e o orçamento total de compras de medicamentos, já que é um fenômeno atual da assistência farmacêutica em todo o país. Os processos judiciais podem ser justificados, representados pelas solicitações de medicamentos previstos nas listas do SUS para o fornecimento público, mas cujo acesso esteja prejudicado por problemas de gestão dos serviços farmacêuticos ou por protocolos restritivos ou desatualizados, e até por medicamentos não incorporados (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

Com o aumento das ações judiciais e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos, essa prática se tornou empecilho para o gestor do sistema de saúde, que tenta criar alternativas para diminuir ou não ter o processo de judicialização no seu município (MACEDO;

LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011). Segundo Leite e Mafra (2010), em estudo que analisou os discursos de solicitantes de medicamentos pela via judicial em município de Santa Catarina, o recebimento atual do benefício não promove a conscientização do direito social, pois a forma de condução dos processos não é empoderante, ao contrário, reforça as relações de dependência e a percepção de impotência do usuário.

A matriz de avaliação considera como parâmetro valores de até 10% para aquisições judiciais de medicamentos. Acima desse valor o município não tem pontuação total, o que demonstra que o município utiliza essa via, mas que precisa reduzir esse valor em relação ao total de gastos com medicamentos. O fato de não ter gastos com aquisições judiciais é considerado, neste estudo, condição negativa, pois a Constituição Federal, no artigo 196^{rr}, prevê que saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei n. 8.080/90 declara, em seu artigo 6º, que “é atribuição do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990a). Essa assistência é, ainda, amparada pela Lei n. 12401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2011c).

Pepe e colaboradores (2010) consideram que é consenso o uso da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas, e que é uma forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica, que integra o direito à saúde na lei brasileira.

Reconhecendo que a Remume e as listas de medicamentos padronizados pelos Componentes da Assistência Farmacêutica não têm a prerrogativa de atender 100% das necessidades de saúde de uma população e que há especificidades que devem contar com o mesmo direito de acesso, o meio judicial pode ser uma chance da garantia do direito constituído em lei.

Quadro 21 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 12 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as US?	12. Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US, conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	Sim/ Não com base nos seguintes critérios: - Regularidade recomendada: mensal, quinzenal e semanal. - Irregular: diferente desta situação.	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

O abastecimento dos medicamentos do nível central (CAF ou farmácia central) para as farmácias das Unidades de Saúde deve ocorrer com regularidade mensal, quinzenal ou semanal, dependendo da necessidade de cada local. A existência de um cronograma é verificada na matriz de avaliação pelo indicador doze. O Ministério da Saúde recomenda o planejamento na distribuição de medicamentos, elaborando um cronograma de entrega, normas e procedimentos, assim como o acompanhamento e controle (BRASIL, 2006).

Esse processo evita problemas, como a falta de algum tipo de medicamento por muito tempo, a substituição de condutas terapêuticas e o comprometimento do tratamento por erros de medicação e reações adversas (REIS; PERINI, 2008). O desabastecimento poderá ser evitado se for estabelecida uma periodicidade para entrega dos produtos nas unidades de saúde, por meio de um cronograma. Quanto menor a periodicidade da distribuição, maiores serão os custos para a gestão da assistência farmacêutica (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2011).

Quadro 22 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 13 e 14 da dimensão da operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Os prescritores que atendem nas US recebem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US?	13. Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	Número de prescritores que referem receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US /Total de informantes X 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho
Os mecanismos de divulgação da Remume são conhecidos pelos prescritores?	14. Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.	Número de prescritores que referem conhecimento dos mecanismos de divulgação da Remume /Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A interação entre os profissionais que trabalham com os medicamentos, desde o momento da escolha do elenco no município, suas necessidades até a prescrição, dispensação e administração, auxiliando os usuários no cuidado à saúde, é essencial para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no município.

Os prescritores são atores diretamente relacionados com a gestão da assistência farmacêutica, já que a prescrição é um ato de responsabilidade de alguns profissionais (médicos e dentistas), em que o medicamento é o insumo principal e o cuidado à saúde dos usuários pode ser garantido. O cumprimento da prescrição, por meio do fornecimento do medicamento correto, de qualidade e em quantidade adequada, é dever da gestão e, em contrapartida, o prescritor, através da prescrição, poderá possibilitar o tratamento e uma parte da resolução do problema de saúde. A capacidade em sustentar os resultados da gestão ganha força com a difusão das necessidades, informações e do compartilhamento das questões da assistência farmacêutica com os diferentes atores, entre eles os prescritores.

Os prescritores, recebendo informações sobre os medicamentos disponíveis nas unidades e o seu conhecimento dos mecanismos de divulgação da Remume, demonstram a interação das equipes com os farmacêuticos e as diretorias, inclusive da ESF. As estratégias para melhorar a gestão apontam para que todos os envolvidos de alguma forma com usuários e medicamentos adotem as políticas e diretrizes estabelecidas pela gestão da assistência farmacêutica.

Ao receberem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das unidades e sabendo das inclusões e exclusões da Remume, os prescritores estão também envolvidos nas ações da gestão da assistência farmacêutica, adotando as diretrizes e políticas pactuadas, aumentando a adesão à lista de medicamentos padronizada e entendendo o objetivo de uma gestão participativa e transparente, colaborando para seus resultados positivos e a manutenção da política de seleção adequada nos municípios.

Quadro 23 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 15 e 16 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A quantidade de medicamentos nas US, segundo os diferentes atores envolvidos, é suficiente para atender a demanda?	15. Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda, segundo referido por secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores.	Número de secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda / total de informantes x 100.	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>
A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US, segundo os diferentes atores envolvidos, é adequada para atender a demanda?	16. Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores.	Número de secretário de saúde, coordenador da assistência farmacêutica, farmacêuticos e prescritores que consideram a diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US adequados para atendimento da demanda / total de informantes x 100	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A percepção dos profissionais em relação à adequabilidade da quantidade e da diversidade de tipos de medicamentos e a satisfação deles significam condições para o bom andamento da gestão, já que recursos humanos satisfeitos podem melhorar a qualidade dos serviços ofertados e a assistência à saúde integral. Faz parte da concepção ampliada de gestão adotada neste estudo, essa ideia que pressupõe a gestão como política e estratégica, considerando que há um envolvimento de diversos atores com contribuições diferentes. A percepção de atores (secretário de saúde, coordenador da assistência

farmacêutica, farmacêuticos e prescritores), em relação à quantidade e tipos de medicamentos, é questão revelada em indicadores da matriz avaliativa.

A satisfação profissional tem sido considerada de primordial importância, porque, direta ou indiretamente, é associada, simultaneamente, à produtividade e à realização pessoal dos seus trabalhadores (TAVARES, 2008).

De acordo com Gonçalves (1995), a satisfação profissional pode ser encarada como uma atitude global, ou, então, ser aplicada a determinadas partes do cargo ocupado pelo indivíduo. Como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação profissional é, geralmente, formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho.

Quadro 24 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 17 da dimensão operacional

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existe um monitoramento da assistência farmacêutica? Os dados obtidos são utilizados no planejamento das ações?	17. Existência de monitoramento da assistência farmacêutica e utilização dos dados no planejamento das ações.	<ul style="list-style-type: none"> - Existe o monitoramento e os dados são utilizados no planejamento. - Existe o monitoramento e os dados não são utilizados no planejamento. - O monitoramento não é realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe o monitoramento da assistência farmacêutica e os dados são utilizados no planejamento: 100% dos pontos / verde - Existe o monitoramento da assistência farmacêutica e os dados não são utilizados no planejamento: 50% dos pontos / amarelo - O monitoramento da assistência farmacêutica não é realizado: não pontua / vermelho.

Fonte: Elaborado pela autora

O monitoramento para a gestão da assistência farmacêutica é uma forma de institucionalização dos processos de planejamento, utilizada como instrumento estratégico de gestão do SUS. No setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão, que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS (BRASIL, 2009a). O indicador avalia a existência de monitoramento e utilização dos dados finais no

planejamento das ações de assistência farmacêutica. É uma forma de demonstrar que a atividade de monitoramento pode influenciar nos resultados.

O monitoramento é uma prática técnica da gestão, mas que pode subsidiar as próximas ações e tomadas de decisão, além de representar um instrumento para o planejamento nos serviços. A gestão começa com um propósito - que objetivos se quer traçar, e, com eles alcançados, a realização é plena. Por isso, é fundamental que a gestão seja orientada por um processo de planejamento participativo, descentralizado e que favoreça a construção de propósitos pactuados entre os diferentes atores envolvidos (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

2.3.3. Dimensão da sustentabilidade

A sustentabilidade refere-se à probabilidade de um programa ser capaz de continuar suas atividades operacionais e manter seus resultados ao longo do tempo. Isso pode depender de vários fatores, como a continuação da relevância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a permanência de uma direção eficaz e sua habilidade para resistir a mudanças (OCDE, 2002).

A sustentabilidade pode estar limitada a rotinas organizacionais ou pode obedecer a padrões institucionais oficiais que dão origem a rotinas padronizadas mais duráveis. Rotinas programáticas precisam ser renovadas de tempos em tempos para que os programas sobrevivam. Distinguir claramente rotinas e padrões identifica dois níveis de ação que propiciam a sustentabilidade de um programa: organizacional e oficial (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

A dimensão da sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem em sustentar as ações da assistência farmacêutica, o grau elevado de inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e satisfação com a qualidade dos serviços pelos usuários e trabalhadores. Esses aspectos traduzem a construção de uma imagem positiva, que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da assistência farmacêutica municipal. A institucionalização de processos que criem um ambiente favorável para sustentar as decisões também é peça importante nessa construção (GUIMARÃES *et al.*, 2004, BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Quadro 25 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 1 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existem estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de assistência farmacêutica para resolução de questões relativas a medicamentos?	1. Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de assistência farmacêutica para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	Número de coordenadores de US e farmacêuticos que referem estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de assistência farmacêutica/ total de informantes x 100	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

As estratégias de comunicação entre as unidades de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica para resolução de questões sobre medicamentos é uma condição estratégica e está contemplada na matriz de avaliação. No estudo de Barreto e Guimarães (2010), os resultados apontam para iniciativas ainda tímidas de articulação intrasetorial e não para as macroarticulações, o que sustenta o resultado de baixo grau de inter-relação da assistência farmacêutica. Estas iniciativas fazem parte do elenco de outras ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pela gestão municipal da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social.

Estratégias para executar e decidir a gestão da assistência farmacêutica são relevantes, mas a forma de manter os resultados alcançados, prolongando ou efetivando as ações desenvolvidas de maneira a sustentar todas, é quesito básico para uma boa gestão. Conservar a comunicação entre todos os setores, através de processos para condução das atividades e resolução dos problemas é um incentivo para as equipes prosseguirem com qualidade suas ações.

A comunicação entre as unidades de saúde e a coordenação da assistência farmacêutica revela a interação dos locais de atenção à saúde no município, demonstrando que as ações são realizadas e que os resultados são sustentados com essas estratégias.

Quadro 26 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 2 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A assistência farmacêutica atua de forma articulada com as coordenações da ESF e EACS para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos?	2. Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da assistência farmacêutica e as coordenações da ESF e da EAC.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

O aperfeiçoamento das inter-relações entre as coordenações da assistência farmacêutica e a ESF amarram fortemente os resultados atingidos pelos dois setores e contribuem para sustentá-la.

A existência de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e as coordenações da ESF e da Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é outra forma de inter-relação dentro da instituição, que pode contribuir no desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica, considerando o vínculo maior entre esses setores, principalmente na ESF, onde a atenção básica é pautada, ajuda na construção de gestões baseadas nos princípios da participação, transparência e no entendimento das dificuldades de cada setor.

Quadro 27 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 3 e 4 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A AF conta com parceria com a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área?	3. Existência de parceria entre a Coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho
Que tipos de parcerias são estabelecidas entre as coordenações municipal e estadual da AF?	4. Tipo (diversidade) de recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	Tipos de Recursos/apoio incorporados: 1. Recursos/Apoio Técnico 2. Recursos/Apoio Financeiro para além das obrigações já pactuadas 3. Recursos/Apoio Logístico	Sim para os três tipos de recursos: 100% dos pontos / verde Sim para dois tipos de recursos: 50% dos pontos / amarelo Sim para apenas um tipo de recurso: 25% dos pontos / roxo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A existência de parceria entre as coordenações da Assistência Farmacêutica estadual e municipal e os diferentes recursos incorporados nessa parceria é uma forma de relacionar instituições, fortalecer vínculos e compromissos sustentáveis que estão sendo avaliados pelos indicadores cinco e seis da matriz avaliativa, diante da sustentabilidade dos resultados.

No Brasil, a gestão do sistema é realizada pelas três esferas de governo, com compartilhamento das responsabilidades e do financiamento (BRASIL, 1990a). A descentralização da gestão dos serviços de saúde foi a escolha para a configuração do poder no SUS, e através dela criam-se condições de maior autonomia em nível local no uso dos recursos e na implementação das políticas, o que pode melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde (SOLLA, 2010). Mesmo assim, acreditam Pluye e colaboradores (2004) que políticas de intervenção estadual, como padrão institucional, criam condições para uma sustentabilidade mais robusta do que as rotinas de qualquer organização tomadas individualmente.

No estudo de Barreto e Guimarães (2010), as parcerias municipal e estadual foram apenas de cunho técnico, para organização dos programas de medicamentos. Apesar do reconhecimento sobre a importância das articulações e parcerias, segundo os depoimentos, sua efetivação não é tão simples, uma vez que dependem do apoio dos gestores e da motivação e investimento dos profissionais.

Quadro 28 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 5 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Nos últimos 4 (quatro) anos a AF discutiu as questões da área junto ao Conselho Municipal de Saúde?	5. Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 (quatro) anos.	Sim / Não para as seguintes situações: - Discussão e aprovação da Remume - Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço - Discussão sobre novos projetos da área	Sim para os três situações: 100% dos pontos / verde Sim para duas situações: 50% dos pontos / amarelo Sim para apenas uma situação: 25% dos pontos / roxo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A Lei n. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e diz respeito ao Conselho de Saúde, o qual tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990b).

O modelo de gestão aqui adotado, baseado no conceito de Guimarães e colaboradores (2004), em que gestão é “a faculdade de uma organização em decidir com autonomia, flexibilidade e transparência, mobilizando recursos e construindo a sustentabilidade dos resultados de gestão”, tem como fatores motivadores a participação e a transparência. Essas iniciativas fazem parte do elenco de ações de natureza mais política e estratégica que não vêm sendo priorizadas pelas gestões da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). As discussões das questões de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde são indicadores de participação e transparência, pois as ações e os recursos empregados na área ficam esclarecidos diante dos conselheiros.

Os conselhos de saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde; são espaços de diálogo e participação, mas também, instância de exercício de poder (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

Ainda que a participação popular constitua elemento decisivo para evitar a degradação e manipulação das iniciativas oriundas de políticas públicas, outras formas de participação necessitam ser criadas, direcionadas aos processos de produção de conhecimento e avaliação dessas políticas (FURTADO *et al.*, 2013).

Quadro 29 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 6 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
A elaboração dos objetivos, das diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde foi participativa?	6. Elaboração participativa dos objetivos, das diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração pela coordenação da AF com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços. - Outra forma de elaboração - Não existe a descrição dos objetivos, das diretrizes e metas sobre AF no Plano Municipal de Saúde 	<p>Elaboração pela coordenação da AF com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços: 100% dos pontos / verde</p> <p>Qualquer outra forma de elaboração ou Não existe a descrição dos objetivos, das diretrizes e metas sobre AF no Plano Municipal de Saúde: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

O Plano Municipal de Saúde que, segundo o Ministério da Saúde (2006), possibilita a comunicação das ações, a execução dos processos de trabalho e expressa as intenções do gestor com propostas para melhoria das ações, é o instrumento que norteia o planejamento e estabelecimento de metas para a saúde. Quanto mais participativo, com uma construção coletiva de todos os profissionais e população envolvidos na saúde para dar sua contribuição, o Plano vai ficar com perfil do município, conforme o orçamento que pode ser usado para o desenvolvimento das ações em saúde.

Quadro 30 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 7 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Os farmacêuticos participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos?	7. Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	Número de farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos/ total de informantes x 100	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde</p> <p>De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo</p> <p>De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo</p> <p>Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>

Fonte: Elaborado pela autora

A capacitação de recursos humanos, neste caso de farmacêuticos, é uma das diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e da Normativa do Ministério da Saúde sobre Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

As questões inerentes à capacitação de recursos humanos ocupam lugar de destaque nas estratégias de implementação do SUS. Nesse sentido, a capacitação de todos os funcionários para atuar na farmácia é indispensável, e é fundamental que o gestor da saúde e o responsável pela farmácia desenvolvam e mantenham um plano de educação permanente para esses profissionais (UETA; HOEPFNER; BERNARDO, 2011).

É imprescindível a formação de profissionais capazes de desenvolver uma prática que contemple a integralidade das ações, colocando as pessoas no centro dessas ações e os medicamentos como instrumentos terapêuticos. Nessa concepção, a gestão da assistência farmacêutica é norteadada pela necessidade de qualificação técnica dos profissionais, aliada ao desenvolvimento de habilidades e competências estratégicas e políticas (FARIAS *et al.*, 2011). A participação de farmacêuticos em capacitações na área de assistência farmacêutica e afins é questionada no indicador oito e é condição estratégica de sustentabilidade.

Quadro 31 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 8 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Qual é o vínculo trabalhista do coordenador da AF?	8. Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	- Estatutário - Outras formas de contratação - Não tem o cargo de coordenador da AF	Estatutário: 100% dos pontos / verde Outras formas de contratação/não tem o cargo de coordenador da AF: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

O vínculo trabalhista do coordenador da assistência farmacêutica é considerado uma condição de grande impacto para a gestão da assistência farmacêutica. Os itens avaliados para essa condição são vínculo estatutário, outras formas de contratação ou a falta de cargo de coordenador da assistência farmacêutica.

O vínculo estatutário mantém vínculo de trabalho com a administração do Estado, cujo ingresso é feito através de concurso público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU), adotado pela União, Unidades Federadas e municípios, como coletânea de normas gerais (BRASIL, 2009b).

A precarização do trabalho envolve não somente a ambiência física, mas também a organização e gestão dos processos de trabalho. Os vínculos empregatícios, cuja heterogeneidade e/ou multiplicidade de vínculos, com remunerações, benefícios, direitos e vantagens diferenciadas, podem se transformar em disparadores de conflitos interpessoais, uma vez que ferem princípios valorativos de justiça e equidade (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

Segundo Felisberto e colaboradores (2009), os aspectos que influenciam negativamente na sustentabilidade estão relacionados: (i) à alternância política nos entes federados que proporcionam mudanças de gestão em descompasso, considerando que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; e (ii) às frequentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo a mudanças na condução dos mesmos, colocando em perspectiva os diferentes interesses. Portanto, o vínculo estatutário, em que o profissional passou por um concurso público e tem sua contratação de forma mais estável, é uma alternativa que possibilita a garantia de uma gestão mais estável e duradoura.

Quadro 32 – Indicador, medida, parâmetro e pergunta 9 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Existe o cargo de farmacêutico no município?	9. Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A estrutura organizacional de estabelecimentos de saúde é definida por papéis, competências e responsabilidades, cuja representação formal deve constar no organograma e na matriz de competências e responsabilidades das unidades de saúde, entre outros instrumentos de gestão das organizações (LANDIM; GUIMARÃES, 2011). A existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos faz parte da organização dos serviços e está contemplada na matriz avaliativa.

A importância dos medicamentos na recuperação da saúde dos usuários do sistema, o volume cada vez maior de recursos empregados na aquisição de medicamentos e a dificuldade na gestão central e local dos medicamentos justificam cada vez mais a inserção do profissional farmacêutico no sistema de saúde (QUELUZ; LEITE, 2008); e sua atuação contribui para que as ações de assistência farmacêutica, mais estruturadas e respaldadas por profissionais habilitados, tornem-se socialmente reconhecidas e permanentes.

Quadro 33 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 10 e 11 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
As US contam com mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos?	10. Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	Número de coordenadores de US que referem a existência de mecanismos nas unidades para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos /Total de informantes x100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50 % dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / Vermelho
Existem mecanismos para recebimento de críticas e ou elogios sobre os serviços de AF, pelos usuários?	11. Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	Número de usuários que refere conhecer a existência de mecanismos nas unidades para críticas e sugestões sobre os serviços de AF /Total de informantes x100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50 % dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / Vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A existência de formas oficiais de intervenção dos usuários, em uma perspectiva de participação social nas ações de assistência farmacêutica, pode ser concretizada através de mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre os serviços de assistência farmacêutica. É uma condição estratégica, que, segundo Landim e Guimarães (2011), compreende um conjunto articulado de ações interdependentes, direcionadas para o alcance dos objetivos organizacionais.

Os mecanismos analisados na matriz avaliativa são os considerados oficiais, como ouvidorias, caixas de sugestões, e foram perguntados aos coordenadores das unidades e usuários. Outras formas, como falar diretamente com os gestores, não foram consideradas como resultados positivos neste indicador. Uma relação construída neste mecanismo é o clientelismo, que se apresenta como uma estratégia moderna de obtenção de benefícios por parte dos atores sociais, minimamente organizados e desejosos de auferir determinados benefícios, chamados clientes. Os atuais sistemas participativos, encarados pela sociedade civil, como empoderamento, não deixarão de

conter traços de um clientelismo moderno, compatível com sistemas contemporâneos (D'AVILA FILHO *et al.*, 2004).

Quadro 34 – Indicador, medida, parâmetro e perguntas 12, 13 e 14 da dimensão da sustentabilidade

Pergunta	Indicador	Medida	Parâmetro
Os usuários estão satisfeitos com as condições da dispensação de medicamentos na US?	12. Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	Número de usuários que atribuíram satisfação em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos/Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho
Os usuários estão satisfeitos com o atendimento e as informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos?	13. Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	Porcentagem de usuários que atribuíram satisfação em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos /Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho
Os usuários estão satisfeitos com as condições físicas da farmácia?	14. Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Número de usuários que atribuíram satisfação com as condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos /Total de informantes x 100	Acima de 75% de média 5= 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de média 5= 75 % dos pontos / amarelo De 25 % a 49% de média 5: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de média 5= não pontua / vermelho

Fonte: Elaborado pela autora

A sustentabilidade dos resultados de gestão requer repensar a gestão de pessoas nas organizações públicas de saúde, sob a perspectiva do significado do trabalho e a motivação dos sujeitos individuais e coletivos para atuar em equipe interdisciplinar de saúde, participar do processo decisório e produzir o desempenho esperado em observância às expectativas organizacionais e sociais (LANDIM; GUIMARÃES, 2011).

A gestão é também um fenômeno “social” porque pressupõe atuar com a participação da sociedade como forma de garantir os direitos de cidadania (FARIAS *et al.*, 2011).

A importância de avaliar, sob a perspectiva da satisfação dos usuários, é demonstrada quando, em estudo como o de Teixeira e colaboradores (2006), 79,41% da comunidade está insatisfeita com a disponibilidade de medicamentos. A matriz avaliativa tem três indicadores sobre o grau de satisfação dos usuários das farmácias de unidades, com as seguintes indagações: satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos; satisfação do usuário em relação ao atendimento e às informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos; satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.

A avaliação do ponto de vista dos usuários é feita, sobretudo, por meio da categoria aceitabilidade, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta as variáveis através das quais os pacientes podem influir de forma mais direta na definição e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tais como condições de acessibilidade ao serviço, relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento (DONABEDIAN, 1990 *apud* VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes, como o grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento; e características individuais do paciente, como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997). O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

3. METODOLOGIA

Neste estudo, a metodologia adotada não tem como propósito concluir se a gestão é boa ou ruim, mas sim entendê-la como processo que se encontra em diferentes estágios de evolução, na perspectiva de apontar para o aprimoramento do processo e dos pontos que possam ser corrigidos ao longo do programa ou da política de gestão, conforme orientam Guimarães *et al*, (2004).

3.1. MODELO DE AVALIAÇÃO

Como já afirmado, o modelo de avaliação adotado neste estudo foi o de Manzini (2013), sendo este baseado no projeto teórico-metodológico do NEPAF/UFBA. A primeira proposta metodológica e que contribui com os conceitos de gestão aqui adotados foram exposto por Guimarães e colaboradores (2004), em um estudo sobre a capacidade de gestão de organizações sociais.

Seguindo a tipologia proposta por Novaes (2000), esta pesquisa caracteriza-se como uma investigação avaliativa, dentre outras tipologias, descritas, a seguir, no Quadro 35.

A finalidade desta avaliação não consiste apenas na produção de conhecimento, na geração de informações e no aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão na área de assistência farmacêutica, mas também tem a finalidade de ser uma avaliação para a gestão, visando o aprimoramento do serviço de saúde e a constituição de base teórica para avaliação na área.

Quadro 35 - Critérios para caracterização de tipos de avaliação em saúde, segundo Novaes (2000)

Critérios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para a gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Externo/interno
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização / compreensão	Caracterização / quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental / quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo e situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual / replicado	Corrente / pontual	Integrado / contínuo

Fonte: NOVAES, 2000.

A capacidade de gestão da assistência farmacêutica é o objeto a ser avaliado e está inserida como um programa/serviço. Segundo Novaes (2000), são considerados programas tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos. Os programas são compostos de um conjunto de atividades (componentes) com objetivos específicos para atingir uma meta final (NATAL et al., 2010).

Segundo Manzini (2013), com a descentralização dos serviços para os municípios, entre eles os relacionados à assistência farmacêutica, é preciso analisar se os municípios possuem condição de executar as ações e atingir os resultados esperados e, principalmente, de manter/sustentar os resultados atingidos. Isso justifica a escolha de recorte para objeto desta avaliação, isto é, a capacidade de gestão e não a gestão em si.

O modelo lógico e o modelo teórico de Manzini (2013) para definição das categorias de análise dos dados foram definidos a partir do objeto estudado e dos referenciais de gestão adotados, entre eles o de

Guimarães e colaboradores (2004), Barreto (2007) e Barreto e Guimarães (2010).

Segundo Medina e colaboradores (2005, p.46), o modelo lógico consiste em

[...] um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e quais são os resultados esperados.

O modelo teórico expõe não só o funcionamento do programa, mas também como se dá a articulação entre os seus elementos (MANZINI, 2013).

No modelo lógico elaborado (Figura 2), a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal é expressa por três dimensões (organizacional, operacional e da sustentabilidade). Cada dimensão tem relação direta com os componentes identificados, sendo eles: regulação; planejamento; seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos; prescrição e uso de medicamentos; e avaliação. A relação entre as dimensões e os componentes deve ser articulada e objetivar a promoção de condições adequadas para a garantia do acesso e a promoção do Uso Racional de Medicamentos, de forma descentralizada e compartilhada (MANZINI, 2013).

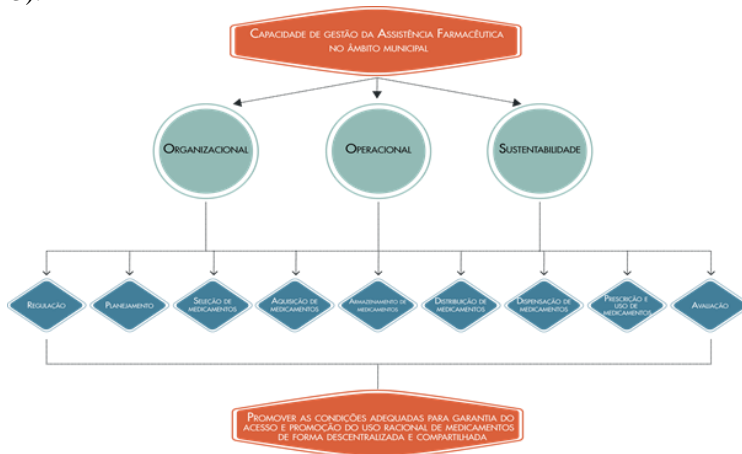


Figura 2 - Modelo lógico da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal

Fonte: MANZINI, 2013

Sabe-se, contudo, que essa não é uma relação direta, de causa e efeito. O município sofre influências externas, relacionadas à formulação e condução das políticas de saúde nos âmbitos estadual e federal, à regulamentação sanitária do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e à economia nacional e internacional, que pode direcionar o financiamento das ações de saúde. Essas relações estão expressas no modelo teórico (Figura 3).

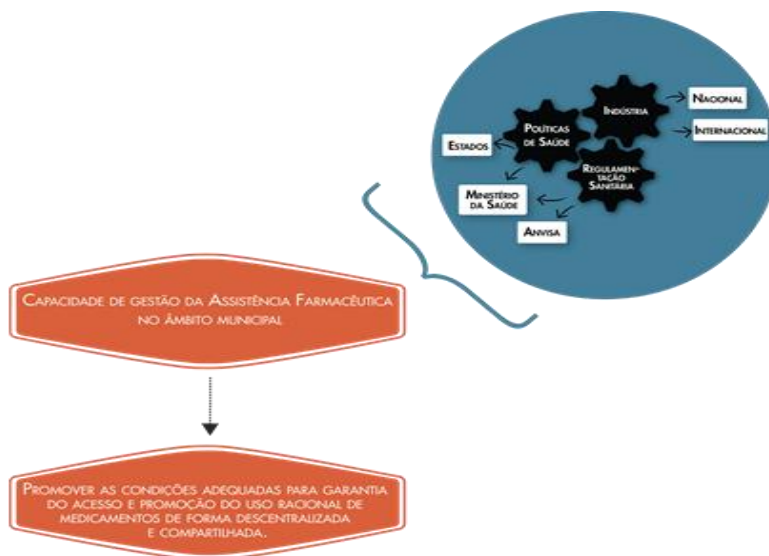


Figura 3 - Modelo teórico da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal

Fonte: MANZINI, 2013

3.2. AMOSTRA DA PESQUISA

A seleção dos municípios avaliados foi baseada em um estudo sobre o processo de seleção de medicamentos e a organização do acesso por determinação judicial, conduzido entre 2007 e 2009, realizado por Veber e colaboradores (2011). Uma categorização para os municípios catarinenses que enviaram o plano municipal de assistência farmacêutica foi realizada observando critérios como: número de habitantes; número de farmacêuticos do município atuantes em serviços farmacêuticos; número de medicamentos na Remume; presença de farmacêuticos na

dispensação. Conglomerados dividiram os municípios de Santa Catarina em três agrupamentos.

A amostragem foi baseada nesses agrupamentos e por amostra intencional, com um critério de inclusão, qual seja a presença de farmacêutico, já que o grupo de pesquisa considera essa presença essencial para a gestão da assistência farmacêutica. Para a definição dos municípios foi realizada uma revisão e atualização da categorização do estudo de Veber e colaboradores (2011), com o intuito de verificar se os mesmos encontram-se nos agrupamentos definidos anteriormente.

Foram selecionados dois municípios de cada conglomerados, denominados A, B e C, de acordo com a população, contemplando, com isso, as várias regiões de Santa Catarina: Sul, Norte, Oeste, Vale do Itajaí e a capital. Para fins de apresentação dos resultados, os municípios foram codificados tendo como referência o conglomerado ao qual pertencem. Os municípios selecionados para cada um dos conglomerados e a codificação estão apresentados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Definição da codificação dos municípios da amostra

Conglomerado	População	Municípios selecionados	Codificação
A	Até 9.999 habitantes	Araribá	A1
		Treze de Maio	A2
B	De 10.000 a 49.999 habitantes	Araquari	B1
		Rio do Sul	B2
C	Acima de 50.000 habitantes	Criciúma	C1
		Florianópolis	C2

Fonte: Elaborado pela autora

O contato com os municípios foi realizado com a apresentação de documentos expondo o projeto, seus objetivos e direções, além de uma declaração da pesquisadora responsabilizando-se e comprometendo-se com os dados coletados. Aos secretários de saúde foi solicitada a assinatura de uma declaração de aceite para que os municípios participassem da pesquisa. No decorrer do projeto e antes da coleta, alguns dados foram solicitados aos municípios para conhecimento do local, caracterização e preparação dos momentos de coleta.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

3.3.1. Município A1

Colonizado por imigrantes vindos da Romênia, o município concentra a maior parte da mão de obra vinculada à agropecuária. Localizado no oeste do estado de Santa Catarina e com área total de 132,232 km², apresenta 4.193 habitantes segundo o Censo 2010 do IBGE (IBGE, 2012), com uma densidade demográfica de 31,71 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, calculado com base no Censo do ano 2000, é de 0,812, ocupando a 80ª posição na comparação do IDH dos 293 municípios catarinenses (PNUD, 2013).

Segundo dados fornecidos pelo município, a cidade possui uma equipe de Saúde da Família e duas unidades básicas de saúde, contando com um farmacêutico, concursado, o qual está alocado na unidade central. Esse profissional é responsável pela dispensação de medicamentos e trabalha 20 (vinte) horas semanais. O município não dispõe de equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.3.2. Município A2

O município de Treze de Maio tem colonização italiana e se baseia na agricultura como meio econômico de sustentação municipal. Está localizado na região Sul do estado de Santa Catarina, na microrregião de Tubarão, a 165 km de Florianópolis, capital do Estado e possui uma área territorial de 161.079 km². Segundo o Censo 2010 (IBGE, 2012), a população do município é de 6.876 habitantes, o que representa uma densidade demográfica de 42,69 hab./km². O IDH do município, calculado com base no Censo do ano 2000, é de 0,796, ocupando a 138ª posição na comparação do IDH dos 293 municípios catarinenses (PNUD, 2013).

O município tem quatro unidades de saúde, sendo três básicas e uma unidade de referência, onde o farmacêutico no município está envolvido com as questões gerenciais de assistência farmacêutica e é responsável técnico dessa unidade central. São três equipes de Saúde da Família, que contemplam todo o município em suas quatro unidades de saúde e sete postos de atendimento (extensões). A única farmacêutica foi contratada por meio de concurso público, realizado em 2006, e trabalha trinta horas semanais. O NASF no momento da coleta dos dados estava sendo projetado.

3.3.3. Município B1

Localizado na área da baía da Babitonga, no norte do Estado, o município apresenta 386,135 km² de área geográfica e tem uma população de 24.810 habitantes (IBGE, 2012). Apresenta densidade demográfica de 64,25 hab./km², com um IDH de 0,767, calculado com base no Censo do ano 2000, que lhe garante a 224^a posição no *ranking* estadual, na comparação realizada entre os 293 municípios de Santa Catarina (PNUD, 2013). A base de sua colonização é açoriana e a principal atividade econômica, segundo a prefeitura municipal, é o cultivo de maracujá.

O município possui cinco equipes de Saúde da Família e não tem NASF. Possui três farmacêuticos com vínculo estatutário, que realizam uma jornada de trabalho de quarenta horas semanais e estão locados em duas unidades básicas de saúde e na unidade mista (unidade básica e pronto atendimento). No total, o município tem oito unidades básicas, uma unidade mista e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES).

3.3.4. Município B2

Localizado no Alto Vale do Itajaí, o município destaca-se na área industrial, com ênfase no setor metal mecânico e de vestuário. Segundo o Censo 2010 do IBGE (IBGE, 2012), o município apresenta uma população de 61.198 mil habitantes, em uma área total de 258,402 km², com uma densidade demográfica correspondente a 236,83 hab./km². O IDH do município, calculado com base no Censo do ano 2000, é de 0,827, ocupando a 36^a posição na comparação do IDH dos 293 municípios catarinenses (PNUD, 2013).

O município tem 17 unidades básicas de saúde, com 13 equipes de Saúde da Família e extensões dessas equipes em 4 bairros. Tem uma policlínica, localizada no centro da cidade, onde são realizadas consultas médicas especializadas e atendimento de atenção básica para cinco bairros. A farmácia central está instalada na policlínica, e dispensa todos os medicamentos da Remume, entre os quais estão os controlados. O município ainda tem uma equipe de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e um NASF, que conta com um profissional farmacêutico. Nenhuma unidade básica de saúde tem farmacêutico na dispensação, somente na farmácia central. Dos oito farmacêuticos atuando no município, cinco são concursados e três são contratados temporários. O município tem um CAPS e uma Unidade Especializada de Atenção à Mulher.

Esse município ainda conta com um Programa de Atenção aos Idosos, vinculado à Diretoria da Assistência Farmacêutica, o qual tem como objetivo a ampliação da assistência farmacêutica e a entrega facilitada de medicamentos; a integração dos idosos na unidade de saúde ou EACS; a orientação quanto ao uso racional do medicamento; o incentivo à adesão aos tratamentos; e o estímulo à prevenção e promoção da saúde, proporcionando, dessa forma, uma melhor qualidade de vida aos idosos residentes no município de Rio do Sul. O trabalho desenvolve-se em cadeia, são várias etapas sequenciais para serem executadas antes de a “sacola” chegar à casa do idoso.

3.3.5. Município C1

Colonizada por imigrantes italianos, poloneses, africanos, portugueses e alemães, Criciúma se destaca pela indústria do carvão e do revestimento cerâmico, sendo o segundo maior do mundo na produção de azulejos e pisos. Localizada no sul do Estado, a cidade apresenta uma população de 192.308 habitantes (IBGE, 2012). Com área de 235,627 km², sua densidade demográfica é de 816,15 hab./km² (IBGE, 2010). O IDH do município, calculado com base no Censo do ano 2000, é de 0,822, ocupando a 49^a posição na comparação do IDH dos 293 municípios catarinenses (PNUD, 2013). O município é cortado por uma das poucas ferrovias ainda ativas em Santa Catarina, a qual tem como principal função o transporte de carvão para a indústria termoeletrônica, localizada no município de Capivari de Baixo.

As unidades de saúde são divididas em cinco regionais. As unidades que desenvolvem serviços de atenção básica (unidades básicas, farmácia escola, unidades 24h, centro de especialidades e policlínica) contabilizam 47, com 28 equipes de Saúde da Família. Além disso, o município tem três CAPS, uma Farmácia Solidária, em convênio com a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e uma unidade responsável pelos processos judiciais de medicamentos.

O município conta com 15 farmacêuticos, sendo 12 em unidades de saúde e três no NASF, contratados por processo seletivo e concurso. Seis desses farmacêuticos estão em unidades que realizam serviços de atenção básica, como Policlínica, unidades 24h e Centro de referência de especialidades médicas, caracterizado como unidade que agrega vários programas municipais, como atenção ao adulto, à criança, a pacientes com DST (doenças sexualmente transmissíveis). A farmácia tem várias especialidades de medicamentos, todos incluídos na Remume. Os outros farmacêuticos estão em unidades como CAPS,

Farmácia Popular e unidade que dispensa medicamentos do Componente Estratégico e via processos judiciais.

3.3.6. Município C2

Capital do estado de Santa Catarina, Florianópolis representa uma das poucas ilhas capitais do Brasil, com cerca de 421.240 mil habitantes, segundo o Censo 2010 do IBGE. Apresenta uma área de 671,578 km², com uma densidade demográfica de 627,24 hab./km² (IBGE, 2012). Apresentando um IDH de 0,875, calculado com base nos dados do Censo de 2000, Florianópolis ganha destaque em sua posição no *ranking* estadual por apresentar o primeiro lugar na comparação com os demais municípios do Estado (PNUD, 2013). Atualmente, sua economia está atrelada à prestação de serviços públicos, a investimento em novas tecnologias e ao turismo de negócios e lazer.

A organização de saúde do município é dividida em cinco distritais, compostas por 55 unidades de saúde que realizam serviços de atenção básica, entre eles unidades básicas de saúde, policlínicas, farmácia escola. Dessas unidades, oito tem a presença do farmacêutico. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo orientador das ações de atenção básica nesse município, segundo a Portaria n. 283/2007, e conta com 100 equipes de Saúde da Família.

No final de 2012 o município possuía doze NASF cadastrados, sendo sua composição formada por profissionais de educação física, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, pediatras, psiquiatras, geriatras e fisioterapeutas, variando o número de profissional conforme o NASF. As atividades e os programas realizados são definidos a partir das necessidades e dos interesses locais (NAKAMURA, 2013). Nesse município, apesar das atividades assistenciais estarem sendo realizadas mais pontualmente e conforme necessidade constatada pela equipe de Saúde da Família (SF) ou pelo próprio farmacêutico, grupos de educação em saúde, reuniões com as equipes de SF, atendimento individual (na farmácia, em consultório e visita domiciliar), além de atividades intersetoriais em escolas e paróquias, entre outros, foram observadas por Nakamura (2013).

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, dirigidas a atores chave no processo de avaliação, que responderam questionamentos baseados em

indicadores, mostrando a capacidade de gestão da assistência farmacêutica de cada município.

O número de prescritores e farmacêuticos entrevistados corresponde ao número total desses profissionais nas unidades. Na falta de farmacêutico em alguma unidade, o farmacêutico do NASF foi entrevistado quando disponível.

As perguntas dos roteiros de entrevistas foram elaboradas de maneira a não somente responder ao solicitado no indicador, mas visando aprofundar a discussão, a fim de encontrar os condicionantes e/ou as oportunidades à gestão (MANZINI, 2013). Cada ator chave recebeu um roteiro para a entrevista. Os formulários estão anexos (anexos D a K) a esta dissertação.

Cada município apontou um número mínimo de duas unidades para a coleta dos dados, sendo que os dois municípios menores, do grupo A, são os que têm menos unidades e, portanto, onde a coleta foi em número mínimo. Nos municípios do grupamento B, as unidades selecionadas foram três e, em um caso, na farmácia central na policlínica municipal. Nos municípios de porte maior, a coleta foi realizada em quatro e cinco unidades.

As unidades pesquisadas foram pactuadas entre a equipe de pesquisa e os secretários de saúde dos seis municípios. Nos municípios do grupo A, as principais unidades entraram na amostra; nos municípios do grupo B, entraram as unidades com farmacêutico e as principais unidades. No grupo C, com municípios onde a saúde pública é dividida por regionais, a pesquisa foi realizada, em um município, em uma unidade por regional; e, no outro, em cinco unidades distribuídas em três regionais.

As unidades participantes da pesquisa foram as que desenvolvem serviços de atenção primária e dispensação de medicamentos para essas ações. Por isso os CAPS e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) não entraram na amostra.

O conjunto de entrevistados é formado por secretários de saúde, coordenadores de assistência farmacêutica, farmacêuticos, prescritores, gerentes das unidades selecionadas e usuários, todos considerados atores chave no processo de avaliação da gestão da assistência farmacêutica municipal.

Com os usuários, a coleta foi realizada no momento da retirada de medicamentos na farmácia da unidade de saúde, permitindo que seja julgada a opinião deles em relação ao serviço de farmácia.

Tabela 2 - Quantidade de unidades de saúde visitadas, profissionais e usuários entrevistados por município.

Município	Nº unidades de Saúde visitadas	Nº Profissionais entrevistados	Nº Usuários entrevistados
A1	2	6	24
A2	2	6	21
B1	3	12	56
B2	4	11	83
C1	5	14	121
C2	5	30	127

Fonte: Elaborado pela autora.

A coleta de dados nas prescrições e com os usuários foi realizada com a estratégia do dia típico, que, segundo Barreto e Guimarães (2010), não cria situações de excepcionalidade para a pesquisa como forma de observar as situações cotidianas dos serviços. O número de usuários entrevistados foi equivalente à quantidade de usuários que foi possível abordar em um dia típico na farmácia da unidade.

Nas prescrições, logo após o usuário sair do consultório médico também foram obtidos dados, pois, dessa forma, permitiu a verificação de todas as prescrições do dia e não somente as que passam na farmácia da unidade. A coleta foi realizada através de um formulário de manejo rápido (Anexo D), anotando quais medicamentos foram prescritos.

As condições físicas da farmácia das unidades foram avaliadas por formulário específico (Anexo E), verificando itens importantes para estruturação e bom armazenamento dos medicamentos. Para verificação dos medicamentos vencidos e aquelas cartelas de comprimidos que foram fracionados e não apontam a validade, utilizou-se um formulário baseado no anexo I da 8ª edição da Renam (2012). A seleção dos medicamentos foi baseada na utilização do 1º nível de classificação da *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC), utilizando, no mínimo, dois medicamentos de cada um dos grupos, totalizando 20 medicamentos (MANZINI, 2013).

Alguns dados foram levantados nas entrevistas e confirmados com o pedido de documentos, como o Plano Municipal de Saúde, a Remume atualizada, o organograma da Secretaria Municipal de Saúde, portaria da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS), protocolo de dispensação de medicamentos, planilha de gastos na assistência farmacêutica, cronograma de abastecimento de

medicamentos, relatório específico da gestão da assistência farmacêutica.

A coleta em Florianópolis contou com a colaboração de alunas da graduação do curso de farmácia da UFSC, que estavam em estágio obrigatório final, nas Unidades de Saúde onde a coleta aconteceu. No município de Criciúma, a coleta foi realizada com a ajuda de uma aluna, também do curso de farmácia da UNESC. Nos outros municípios, a coleta foi realizada pela pesquisadora e autora dessa dissertação.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabelados em planilha Excel® 2007, utilizando um protocolo de conversão dos dados, onde as medidas de cada indicador foram convertidas em códigos para que o cálculo e posterior juízo de valor seguindo os parâmetros pudessem ser realizados. Os parâmetros serviram de base para o cálculo dos pontos, segundo a matriz de avaliativa do estudo de Manzini (2013).

A análise foi realizada por município, seguindo a estratégia das dimensões: organizacional, operacional e da sustentabilidade. Do mesmo modo, seguindo essa lógica, os dados foram apresentados.

3.6. JUÍZO DE VALOR

Os indicadores são classificados segundo sua natureza: existência de condições estratégicas; existência de condições técnicas operacionais; existência de condições normativas; autonomia; participação; conhecimento; satisfação (GUIMARÃES, 2007). A classificação determina uma pontuação para cada indicador.

Quadro 36- Classificação, pontuação e características dos indicadores utilizados pelo NEPAF/UFBA para avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica na atenção básica em municípios baianos, 2007.

Indicadores segundo natureza	Pontuação atribuída	Características	Justificativa	Indicadores
Indicadores de participação	10 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram o envolvimento de diferentes atores no processo decisório.	O envolvimento de diferentes atores no processo de decisão, bem como o grau de autonomia de atores representativos da área da Assistência Farmacêutica nas decisões sobre medicamentos, traduz, de forma direta, os princípios da descentralização, da autonomia, da transparência e da flexibilidade que orientam o SUS.	Organizacional: 7; 9. Sustentabilidade: 5; 6.
Indicadores de autonomia	10 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram o grau de autonomia de atores representativos da área da Assistência Farmacêutica no processo decisório.		Organizacional: 2.
Indicadores de conhecimento	8 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a disseminação de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores.	A melhor distribuição de conhecimentos estratégicos entre diferentes atores envolvidos com a Assistência Farmacêutica atende ao princípio da transparência e qualifica a participação destes no processo de planejamento e gestão do SUS no âmbito municipal.	Organizacional: 4; 8. Operacional: 14. Sustentabilidade: 11.
Indicadores de satisfação	4 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a satisfação referida de diferentes atores internos e externos com os aspectos estratégicos na gestão.	Maior referência de satisfação, por diferentes atores, com a qualidade dos serviços traduz a construção de uma imagem positiva que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade da gestão da Assistência Farmacêutica básica no âmbito municipal.	Operacional: 15; 16. Sustentabilidade: 12; 13; 14.

Indicadores segundo natureza	Pontuação atribuída	Características	Justificativa	Indicadores
Indicadores de existência de condições estratégicas	7 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de iniciativas ou de mecanismos voltados para a ampliação da capacidade política da instituição no sentido de elevar a visibilidade da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal.	A existência de regras formais, procedimentos técnicos e mecanismos estratégicos no planejamento e na implementação de ações relacionadas ao medicamento indica investimentos para garantir a sustentabilidade de um modelo diferenciado de gestão da Assistência Farmacêutica do âmbito municipal do SUS.	Organizacional: 3; 12. Operacional: 7; 8; 9; 13. Sustentabilidade: 1; 2; 3; 4; 7; 8; 9; 10.
Indicadores de existência de condições normativas	5 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de cumprimento ou observância de normas e/ou orientações normativas e institucionais para a organização da Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.		Organizacional: 1; 5. Operacional: 3; 6.
Indicadores de existência de condições técnicas e operacionais	6 pontos	Conjunto de indicadores que mensuram a existência de mecanismos técnicos e operacionais utilizados para elevar a capacidade e resolubilidade da Assistência Farmacêutica oferecida nas unidades básicas de saúde da rede pública do SUS.		Organizacional: 6; 10; 11; 13. Operacional: 1; 2; 4; 5; 10; 11; 12; 17.

Fonte: GUIMARÃES, 2007.

Para cada indicador na Matriz Avaliativa, conforme seu parâmetro, um juízo de valor e sua conversão em cores foi sugerido por Manzini (2013).

Este modelo de apresentação em cores, desenvolvido pelo NEPAF, utilizou como referência a sinalização adotada no trânsito: verde (situação positiva, que deve ser mantida ou ultrapassada); amarela (situação de cuidado) e vermelha (situação de perigo). A cor roxa foi incluída na situação intermediária, entre o amarelo e o vermelho, significando uma situação de alerta (MANZINI, 2013).

As cores são associadas a um julgamento:

- ✓ Vermelho: Urgente - sinaliza os indicadores que precisam ser priorizados.
- ✓ Roxo: Alerta - evidencia os indicadores que precisam ser melhorados.
- ✓ Amarelo: Cuidado - sinaliza os indicadores que apresentaram avanços, porém precisam ser aperfeiçoados.
- ✓ Verde: Manter/Avançar - representa os indicadores que estão de acordo com a imagem-objetivo que se deseja construir.

Com o cálculo da pontuação por indicador, baseado na sua categorização por natureza, foi possível efetuar a soma e verificar a pontuação que o município obteve na dimensão.

O juízo de valor foi emitido contando a pontuação de cada município e observando a coloração. O verde representa a situação ideal em cada indicador e o vermelho a situação menos compatível com o que preconiza cada indicador e suas premissas, considerando os parâmetros adotados do estudo de Manzini (2013), discutido em oficina de consenso.

A pontuação máxima a ser obtida por dimensão está posta no fluxograma a seguir.



Figura 4 - Fluxograma com pontuação máxima para cada dimensão

Fonte: Elaborado pela autora

A pontuação obtida por dimensão foi analisada pelo julgamento de valor sugerido por Manzini (2013). Os resultados serão repassados aos municípios catarinenses por dimensão, apresentando a cor obtida, conforme a pontuação atingida, segundo o critério:

- Verde: de 76 a 100% da pontuação máxima da dimensão, indicando que a situação encontrada na dimensão está de acordo com o preconizado para a capacidade de gestão da assistência farmacêutica;

- Amarelo: de 50 a 75% da pontuação máxima da dimensão, indicando que há avanços na situação encontrada, mas é preciso aprimorar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica;

- Roxo: de 25 a 49% da pontuação máxima da dimensão, indicando que é preciso melhorar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica;

- Vermelho: de 0 a 24% da pontuação máxima da dimensão, indicando que a situação encontrada é crítica e compromete a capacidade de gestão da assistência farmacêutica, sinalizando uma prioridade para a gestão.

A análise geral dos resultados acontece pelo julgamento de valor, através das cores em que o município se encontra, demonstrando o estado de desenvolvimento da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em cada situação avaliada.

Resta esclarecer que o projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da UFSC sob o Parecer n. 1044/2011. Os municípios

autorizaram a coleta de dados e participação nas atividades do projeto “Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão”, através de um termo de consentimento de pesquisa, assinado pelo responsável da saúde no município ou pelo setor de integração ensino-serviço. O termo de consentimento livre e esclarecido foi utilizado nas entrevistas individuais, sendo as falas dos atores chave gravadas com o consentimento deles.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da avaliação são tratados a partir da atribuição de juízo de valor feito pelas cores, conforme descrito na metodologia. Nos quadros a seguir, estão representados os resultados dos seis municípios, segundo a pontuação obtida em cada indicador e sua respectiva cor para o juízo de valor.

Quadro 37 - Resultados da dimensão organizacional em cores para cada município.

INDICADORES	C2	C1	B2	B1	A2	A1	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1	5	5	5	0	2,5	0	5
2	5	5	5	2,5	5	0	10
3	7	0	7	0	0	0	7
4	0	0	8	0	8	0	8
5	5	3,75	5	0	5	0	5
6	6	0	6	0	5	0	6
7	10	10	0	0	10	0	10
8	0	0	0	0	8	0	8
9	10	10	10	10	10	10	10
10	6	6	6	6	6	6	6
11	6	6	6	6	6	6	6
12	7	0	0	0	0	0	7
13	6	0	3	3	0	0	6
PONTUAÇÃO TOTAL	73	45,75	61	27,5	66,5	22	94

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 38 - Resultados da dimensão operacional em cores para cada município

INDICADORES	C2	C1	B2	B1	A2	A1	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1	6	6	3	3	3	0	6
2	6	6	4,5	4,5	3	0	6
3	0	0	0	5	0	0	5
4	0	3	0	3	3	3	6
5	6	0	0	6	3	6	6
6	5	0	0	5	0	5	5
7	3,5	7	7	3,5	3,5	3,5	7
8	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	7
9	0	0	0	0	0	0	7
10	6	0	0	6	0	0	6
11	6	0	6	3	0	0	6
12	6	6	6	6	6	0	6
13	0	7	7	7	3,5	7	7
14	8	8	8	4	8	8	8
15	4	2	4	2	4	4	4
16	4	4	4	4	4	4	4
17	6	0	6	0	6	0	6
PONTUAÇÃO TOTAL	70	52,5	59	65,5	50,5	44	102

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 39 - Resultados da dimensão da sustentabilidade em cores para cada município.

INDICADORES	C2	C1	B2	B1	A2	A1	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1	7	7	7	7	7	7	7
2	7	7	7	0	7	7	7
3	0	0	0	0	0	0	7
4	0	0	0	0	0	0	7
5	2,5	5	2,5	0	2,5	2,5	10
6	10	10	0	0	10	0	10
7	7	5,25	7	1,75	7	7	7
8	7	0	7	0	0	0	7
9	7	0	7	7	7	7	7
10	3,5	7	7	0	0	0	7
11	0	0	0	0	8	4	8
12	3	3	4	4	4	4	4
13	4	4	4	4	4	4	4
14	3	4	3	4	4	3	4
PONTUAÇÃO TOTAL	61	52,25	55,5	27,75	59,5	45,5	96

Fonte: Elaborado pela autora

4.1. ANÁLISE DOS RESULTADOS POR MUNICÍPIO

A análise vertical dos Quadros 37, 38 e 39 originou os resultados descritivos por município, relatados na sequência.

4.1.1. Município A1

4.1.1.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional

Coordenação da assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica do município não está instituída, formalmente, no organograma ou por portaria. É considerada apenas a farmácia ou local de entrega de medicamentos no município, e que está centralizada no espaço físico da maior unidade de saúde.

A coordenação da assistência farmacêutica e o cargo de coordenador não existem nesse município. Por não ter uma coordenação estabelecida, a assistência farmacêutica do município fica prejudicada, assumindo algumas funções básicas e técnicas, como aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos. Ainda assim, a farmácia é considerada uma referência aos usuários e outros profissionais da Secretaria, que a reconhecem como um ponto de entrega de medicamentos e de orientação aos cuidados no tratamento, mesmo não demonstrando funções de gestão, como decisão, execução e planejamento de ações com autonomia, transparência e participação.

O município conta com o trabalho de uma farmacêutica por 20h semanais, que é responsável por todos os aspectos de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição. Pela baixa carga horária na farmácia, ela não acompanha a farmácia da outra unidade de saúde, e nem acompanha os usuários da unidade central de uma forma efetiva. Um pequeno vínculo com alguns usuários acontece, principalmente, com os que utilizam continuamente os serviços farmacêuticos disponibilizados.

Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT

No município não existe CFT. A escolha dos medicamentos para aquisição é feita uma vez ao ano, antes da licitação, contando com as opiniões dos médicos e enfermeiros de uma maneira informal.

Planejamento

O Plano Municipal de Saúde tem vigência de 2010 a 2013, e é formado por um capítulo de assistência farmacêutica. A única farmacêutica do município não conhece o plano e não ajudou a elaborar o capítulo de assistência farmacêutica, nem outro capítulo. O capítulo foi elaborado pela enfermeira mais antiga do município, que era responsável pela farmácia antes de a farmacêutica assumir. Apesar de ter o olhar da enfermagem sobre a assistência farmacêutica, a participação da farmacêutica é de total importância, já que ela operacionaliza todas as atividades desenvolvidas pela assistência farmacêutica no município.

Participação da Coordenação da Assistência Farmacêutica em outras ações do município

A farmacêutica, como representante das questões de assistência farmacêutica no município, tem participação nas discussões de outros programas da Secretaria Municipal de Saúde. A sua contribuição acontece nas 20 horas semanais de trabalho e, se alguma atividade acontece fora desse horário, os outros profissionais repassam e compartilham com ela. Ainda com dificuldade, a assistência farmacêutica inicia essas pactuações com os programas que dizem respeito a ela, e manifesta uma tendência de aumentar esse espaço democrático.

Programação para aquisição de medicamentos

A programação para aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é feita sem o uso de

recursos de informática, e é realizada pelo levantamento trimestral do ano anterior, pois os medicamentos dispensados variam de uma época do ano para outra. Sendo assim, o critério técnico de programação é o consumo histórico do último ano, somado a mais 15% sobre esse valor para quantidades de medicamentos.

A lista de medicamentos em que é baseada a aquisição tem em média 300 itens. A Secretaria Municipal de Saúde acredita que, com essa variedade de tipos de medicamentos, as necessidades dos usuários serão atendidas, o acesso estará garantido. Porém, os recursos nesse município não são organizados para um consumo racional de medicamentos.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza a maioria dos medicamentos prescritos, através da farmácia básica, e aqueles medicamentos que não estão presentes, no momento da dispensação, na farmácia da unidade de saúde, são adquiridos pelo município em compras diretas em farmácias comerciais da cidade. As aquisições de medicamentos nesse município estão além dos recomendados na RENAME e, por isso, demandam recursos consideráveis e maiores do que os preconizados na Portaria n. 4217/2010, que estabelece as normas de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010a).

Distribuição dos medicamentos

O município tem duas unidades de saúde, a unidade central, onde a farmácia é localizada, e uma unidade mais afastada, que recebe médicos e enfermeiros em alguns dias da semana e fica sob responsabilidade de técnicos de enfermagem. No momento da coleta de dados, estava sendo planejada a reforma dessa unidade e a contratação de uma segunda equipe de Saúde da Família, pois o município todo contava somente com a equipe da unidade central. Dessa forma, os pedidos de medicamentos na unidade central não acontecem, pois a farmácia e o estoque são no mesmo ambiente, e a responsável é a farmacêutica do município.

Na outra unidade de saúde, o pedido é feito pelas técnicas de enfermagem, quando algum medicamento falta. Não há uma regularidade estabelecida. Nos grupos de hipertensão e diabetes, mensalmente, os medicamentos do hiperdia são distribuídos aos usuários.

A definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às unidades de saúde é realizada pela demanda da unidade ou, no caso da farmácia central, pela farmacêutica. A

programação não é conjunta e não tem responsabilidade compartilhada dessas ações para garantia do abastecimento de medicamentos.

Sistemas informatizados

O município não tem a rede de atenção à saúde informatizada e a assistência farmacêutica também não tem um sistema de controle de estoque ou dispensações. O sistema é um projeto da Secretaria Municipal de Saúde, porém há uma resistência dos profissionais em utilizá-lo. A falta de tempo em inserir todo o estoque de medicamentos; a resistência dos médicos em utilizar o sistema, por acreditarem que o prontuário integrado a todos os serviços não é uma forma ética de atender aos pacientes; e certa comodidade de todos os funcionários em não aderir a inovações e modificar as rotinas de trabalho, são fatores que ajudam na demora para implantação do sistema.

A dimensão organizacional tem uma pontuação total máxima de 94 pontos. O município 1 atingiu 22 pontos, ou seja, 21,2%. O município encontra-se na cor vermelha, o que demonstra uma situação crítica, que compromete a capacidade de gestão da assistência farmacêutica. Os aspectos relevantes que devem ser priorizados são: uma definição da coordenação da assistência farmacêutica e o cargo de coordenador; a criação de uma CFT e a implantação do sistema informatizado.

4.1.1.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional

Resumo

O município não tem uma relação de medicamentos padronizada, mas tem uma lista que auxilia as licitações. Essa lista é alterada a cada compra e tem em média 300 medicamentos. A Secretaria Municipal de Saúde não tem uma CFT e, portanto os medicamentos são selecionados de acordo com a escolha dos prescritores e a partir da experiência da farmacêutica com os medicamentos mais prescritos e dispensados.

Prescrições de medicamentos com base nos elencos pactuados

As prescrições não seguem uma lista padronizada, construída conforme as necessidades e a situação de saúde do município, mas são atendidas em sua grande maioria.

A licitação não é totalmente baseada na Renam, e esses acréscimos na lista de medicamentos, a farmacêutica chama de “segunda

prateleira”. A lista, assim, fica maior e com vários medicamentos não constantes na Rename. O município usa recursos próprios, além do que é preconizado na Portaria n. 4217/10, para aquisição desses itens (BRASIL, 2010a). Se algum medicamento prescrito não está disponível na farmácia, a Secretaria tem um custo extra para compras, em uma farmácia local, aos usuários com baixa renda.

Análise das condições da farmácia da unidade de saúde

Não foram encontrados medicamentos vencidos na unidade central, mas verificou-se a existência de blisters fracionados sem a identificação da data de validade.

A farmácia da unidade central conta com aparelho de ar condicionado e não tem termômetro para controle da temperatura do ambiente. A geladeira está na própria farmácia para armazenamento de insulinas e medicamentos do Componente Especializado. Os medicamentos controlados são armazenados em armário fechado com chave, que fica sob responsabilidade da farmacêutica. Porém, como ela trabalha 20 horas semanais no município, nos períodos de sua ausência, uma técnica de enfermagem fica responsável pela farmácia, tendo acesso ao armário para poder dispensar os psicotrópicos aos usuários. A necessidade de farmacêuticos em todos os períodos em que a farmácia está aberta é evidente.

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

A farmácia do município tem plano de gerenciamento de resíduos, pois é norma para obter o alvará sanitário. A farmacêutica fica responsável pelo descarte de medicamentos, e, em virtude disso, os setores da saúde utilizam esse plano de gerenciamento também.

Investimentos na área

A gestão municipal, nos últimos dois anos, construiu a nova unidade central, onde a farmácia principal está localizada. Antes dessa construção, a farmácia estava em um banheiro da unidade antiga. Atualmente, o projeto contempla um espaço destinado à farmácia, seguindo o que é preconizado nas recomendações do Ministério da Saúde, além de investimento em imobiliário específico e equipamentos, como computador, geladeira própria e ar condicionado. No momento da coleta de dados a farmacêutica solicitava uma ampliação da farmácia para obter um almoxarifado, mas ainda não havia obtido sucesso no pedido. A informatização da rede também teve investimentos.

Presença do farmacêutico nas unidades de saúde

O município tem duas unidades de saúde e uma equipe de Saúde da Família que abrange as duas unidades. Na unidade menor, não tem farmacêutico e, na unidade central, onde a farmácia principal está localizada, a farmacêutica trabalha. Portanto a presença de farmacêutico atinge 50% das unidades de saúde.

Registro das atividades do profissional farmacêutico

Um mapa dos seus atendimentos, ou seja, das dispensações que faz e envia, mensalmente, para o nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Ela acredita ser esse seu mecanismo de registro da produtividade, contabilizando as quantidades de dispensações mensais. Esses dados não são utilizados para o planejamento de futuras ações, não sendo uma forma efetiva de registro da produtividade do farmacêutico.

Padronização da dispensação de medicamentos

O município não tem um instrumento de padronização da dispensação. Na unidade menor, a dispensação dos medicamentos é pequena, pois os medicamentos do HIPERDIA são dispensados nos grupos e as pessoas têm o hábito de ir direto à unidade central. Na unidade central, durante as 20 horas em que a farmacêutica está presente, ela faz a dispensação dos medicamentos. Nos momentos em que ela não está, a responsável é uma técnica de enfermagem, que auxilia somente na farmácia.

Judicialização dos medicamentos

O município não disponibilizou dados sobre valor empregado em aquisição judicial, em relação ao orçamento destinado à aquisição de medicamentos no último ano.

Distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde

Neste município, o almoxarifado fica na mesma sala da farmácia central, logo, ela não precisa ser abastecida, os medicamentos estão todos disponíveis, aos cuidados da farmacêutica. Na outra unidade, não há um abastecimento regular, as técnicas de enfermagem pedem medicamentos quando acontece alguma falta. Nos grupos de hipertensão e diabetes, os medicamentos são levados para cada usuário, em quantidade e tipos, conforme cada tratamento, mas não caracteriza abastecimento de unidade. Portanto, não existe um cronograma de abastecimento das unidades de saúde.

Conhecimento dos prescritores em relação à Remume e à disponibilidade de medicamentos

O município não tem Remume, por isso a divulgação das mudanças nas listas ocorre antes da compra de medicamentos, informando os prescritores do que foi inserido e retirado e pode variar a cada licitação. Os prescritores afirmaram receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde e são informados pela farmacêutica ou pela técnica que trabalha na farmácia central.

Satisfação dos profissionais com os medicamentos nas unidades de saúde

Os profissionais das unidades de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêutica) e o Secretário foram entrevistados, em relação ao abastecimento das unidades, e opinaram em relação à adequabilidade da quantidade e diversidade de tipos de medicamentos.

Dos entrevistados, 83 % acreditam ser suficiente a quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades, assim como todos os entrevistados acreditam estar adequada a diversidade de tipos de medicamentos para atender a demanda. Segundo relato de uma das enfermeiras do município, a diversidade de tipos de medicamentos “*é até demais, quando comparada à Renome, lista do Ministério, os nossos são muito mais*”.

Os profissionais que trabalham todos os dias com medicamentos, além dos prescritores, têm consciência de que a lista de medicamentos é muito grande e sem padronização, o que leva ao uso irracional de medicamentos. Porém, essa é uma questão da realidade deste município; as pessoas sempre receberam tudo que era prescrito e os médicos prescrevem sem protocolos e padronização. A modificação da lista acontece sem critério e com pouca comparação com a Renome, resultando em compras de medicamentos muito além da padronização de medicamentos básicos no país.

Monitoramento da assistência farmacêutica

No município, são realizados relatórios de usuários problemáticos, registro das dispensações, levantamento de medicamentos para hipertensão e diabetes. Porém, a farmacêutica não considera essas atividades uma forma de monitoramento. Nenhum dado é usado para o planejamento das ações de assistência farmacêutica.

A pontuação máxima atingida nesta dimensão é 102 pontos. O município obteve 44 pontos, tendo 43,14% da pontuação total. Portanto,

a cor é roxo, o que determina um julgamento de valor de alerta, pois a capacidade de gestão da assistência farmacêutica precisa melhorar. A criação da lista de medicamentos padronizados, a Remume, é uma das condições para execução da gestão. Aspectos operacionais, como os mecanismos de registro da produtividade do farmacêutico; a dispensação de medicamentos, realizada através de instrumentos de padronização das condutas; um cronograma de abastecimento das unidades de saúde, estabelecido; e o monitoramento das ações da assistência farmacêutica são os pontos que devem ser observados e modificados.

4.1.1.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade

Articulação

O município em questão, apesar de não ter coordenação da assistência farmacêutica, tem uma unidade central, onde a farmacêutica recebe as questões relacionadas a medicamentos dos outros profissionais. Como da mesma forma, a divulgação da lista é realizada a cada licitação, informando aos prescritores os itens retirados e inseridos. A comunicação entre a farmacêutica e os profissionais da saúde acontece diariamente, de forma verbal ou com auxílio de fax ou, ainda, por contato telefônico para a outra unidade. As estratégias de comunicação são relativamente fáceis, pois o município é pequeno e conta com uma equipe de Saúde da Família, que atinge toda a população. No entanto, é importante observar que essas estratégias de comunicação não são institucionalizadas, são dependentes de relacionamentos pessoais e informais.

Apesar de não possuir coordenação da assistência farmacêutica, a própria farmacêutica interage com os profissionais do ESF e da EACS, colocando para os agentes comunitários de saúde as principais dúvidas que surgem ou as informações que podem ser repassadas aos usuários nas visitas domiciliares. Com essas informações para os agentes, a farmacêutica relatou que *“as pessoas têm medo da falta de medicamentos, antes de eu trabalhar aqui eram dispensados medicamentos de uso contínuo para 3 meses, agora é por mês. Muitos usuários passaram a trazer os medicamentos vencidos e que não conheciam para a unidade, depois dessa ajuda com as agentes, eles aprenderam”*. Essa interação acontece, dentro do possível, com a equipe de Saúde da Família, principalmente nos grupos de hipertensão e

diabetes, e, quase sempre, é demandado pela equipe. Esses programas também não têm uma coordenação estabelecida.

Contudo, a parceria entre o município e a coordenação da assistência farmacêutica estadual não acontece e nenhum apoio, além do que já está preconizado em leis, é oferecido. A comunicação com o Estado é difícil, segundo a farmacêutica, *“medicamentos chegam do Estado sem um aviso ou conhecimento prévio da necessidade, muitos desses medicamentos vencem, pois não tinha necessidade”*.

Controle social

No município, as discussões no Conselho foram a falta de medicamentos, ou seja, discussões que alteram a organização do serviço. A farmacêutica não participa do Conselho Municipal de Saúde, porque não é munícipe. Na conferência municipal de saúde, ela foi questionada em relação à lista de medicamentos, explicando o fato de ter ou não alguns medicamentos. Ainda ocorre o entendimento de que a farmácia é um local de entrega de medicamentos somente; a população não conhece outra realidade de farmácia e, por isso, as únicas questões raramente discutidas no Conselho são a falta de itens e dosagens na lista.

Elaboração participativa das metas de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

A elaboração do capítulo de assistência farmacêutica foi feita pela enfermeira mais antiga do município, que era responsável pela farmácia antes da farmacêutica assumir. Segundo a própria farmacêutica, em relatos durante a coleta de dados, o capítulo da assistência farmacêutica foi construído com a colaboração dessa profissional.

Capacitação de recursos humanos

A única farmacêutica do município tem pós-graduação em gestão hospitalar e, quando tem capacitações vindas do Ministério da Saúde, incentivadas pelo município, como o treinamento da ESF, ela também participa.

Vínculo empregatício e existência do cargo de farmacêutico no município

O município estudado tem o cargo de farmacêutico estabelecido, mas o cargo de coordenador da assistência farmacêutica não existe.

Mecanismos para a participação social

Os coordenadores das unidades de saúde não reconheceram nenhum mecanismo oficial para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos. Em contrapartida, os usuários reconhecem algumas estratégias, pois 70,8% dos usuários entrevistados acreditam conhecer algum meio de deixar críticas ou sugestões sobre os serviços de assistência farmacêutica. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de os usuários conhecerem os seus mecanismos, legitimados por eles mesmos, mas não oficiais, como uma ouvidoria.

Os mecanismos que alguns usuários conhecem são conversas diretamente com os funcionários da unidade de saúde, principalmente com a farmacêutica ou, em alguns casos, com o Secretário ou o Prefeito. Por não conhecerem outro meio real, esses são eficientes e resolvem as questões mais emergenciais dos usuários. Não são mecanismos institucionalizados e oficiais, mas é a forma que os usuários encontram para interagir em qualquer situação, seja ela crítica, elogio ou sugestão.

Satisfação dos usuários

Do total de usuários entrevistados, 75% estão satisfeitos com recebimento dos medicamentos prescritos. Para o atendimento e as informações recebidas pelo profissional que dispensa o medicamento, 87,5% dos usuários estão satisfeitos e 66,7% estão satisfeitos com as condições físicas da farmácia.

A dimensão da sustentabilidade tem uma pontuação máxima de 96 pontos. O município adquiriu 45,5 pontos, chegando a 47,4% da pontuação total. Nesta dimensão, a cor roxa indica que a sustentabilidade da gestão precisa melhorar. Os aspectos que constroem essa dimensão são a falta de parceria entre a gestão de assistência farmacêutica do município e a coordenação estadual; a falta de um coordenador da assistência farmacêutica e seu vínculo sendo estatutário; e a inexistência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos nas unidades de saúde. A institucionalização das relações, dos procedimentos, dos mecanismos de comunicação e articulação são investimentos importantes para esse município adquirir melhores condições de gestão. As discussões das questões da área de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde devem ser mais relevantes nesse município.

4.1.2. Município A2

4.1.2.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional

Coordenação da assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica do município está instituída no organograma, mas não é uma coordenação; e o cargo de coordenador não existe. Ela está vinculada à unidade central de saúde, a maior das quatro unidades do município. O município conta com uma farmácia, que responde por todas as atividades de assistência farmacêutica. A estrutura física da assistência farmacêutica no município é composta pela sala própria da farmácia e pelo almoxarifado central. Essas dependências se encontram fora da farmácia da própria unidade.

A assistência farmacêutica tem um local adequado para ser gerenciada, e a farmácia tem autonomia para decidir sobre todas as questões vinculadas à farmácia pública no município, assim como para determinar as regras e sugerir diretrizes, como a formalização da CFT, que, no momento da coleta de dados, estava sendo oficializada com documentos que a institucionalizarão e que serão levados para análise e aprovação no Conselho de Saúde. A farmácia também providencia a seleção, programação, o abastecimento, a aquisição e distribuição para as outras três unidades de saúde. O acompanhamento dessas unidades é feito somente com a distribuição dos medicamentos e as orientações e apoio farmacêutico, mas a farmácia não consegue estar presente nas unidades regularmente, devido a demanda de trabalho na unidade central.

A área de gestão da assistência farmacêutica está reconhecida, principalmente, pelos outros profissionais da saúde; todos os entrevistados referenciam a única farmácia como gerente ou coordenadora. A autonomia decisória também é fator motivador para a legitimidade da assistência farmacêutica e da farmácia, assumindo seu papel como responsável.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

A CFT do município funciona com reuniões regulares mensais e tem um regimento interno. Em todas as reuniões, ficam registradas as atividades em uma ata, sendo, segundo a farmácia, a forma de formalizar a realização da CFT. Porém, está acontecendo um planejamento para escrever uma portaria e fazer da CFT uma comissão

oficial. A equipe é formada por médicos dos ESF, as enfermeiras dos ESF, a farmacêutica e a dentista, que vai às reuniões quando necessário.

Planejamento

A única farmacêutica do município tem conhecimento do Plano Municipal de Saúde, assim como participou, efetivamente, das atividades de elaboração dele.

Participação da Coordenação da Assistência Farmacêutica em outras ações do município

A assistência farmacêutica faz parte de outras atividades da Secretaria Municipal de Saúde, como, por exemplo, a Conferência Municipal de Saúde, na qual teve plena participação.

Programação para aquisição de medicamentos

A programação para aquisição no município acontece através de métodos de consumo médio mensal das unidades, resultando no consumo total anual. É incluída também uma porcentagem a mais, considerando que, durante o próximo ano, a demanda pode aumentar. Os estoques das unidades são controlados e a CAF tem entradas e saídas de medicamentos controladas. Durante o ano, são realizadas duas licitações, com pedidos de medicamentos feitos em três meses.

Distribuição dos medicamentos

Os pedidos para as unidades de saúde são realizados um vez ao mês e a unidade envia as planilhas com o estoque disponível e os registros das dispensações para a unidade central. Com esse balanço, a farmacêutica sabe a quantidade e os tipos de medicamentos que deve enviar. Segundo ela, *“dessa forma sempre fecha, e dificilmente as unidades precisam pedir mais medicamentos durante o mês; diferente do que acontecia antes, em que as unidades pediam as quantidades que achavam necessárias, acontecendo muitos pedidos extras.”* Durante o mês, se necessário, algum medicamento que tenha saído a mais é enviado, mas as quantidades são definidas pela farmacêutica, com base nos consumos históricos de cada unidade.

Sistemas informatizados

O município não tem sistema informatizado. A farmacêutica está tentando aderir ao Hórus, um Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica. Porém, a falta de tempo da farmacêutica está impedindo a sua implantação.

A farmacêutica acredita que o Hórus será muito bom para as dispensações, mas ela não vai deixar de usar as tabelas e planilhas do Excel, que funcionam muito bem. A informatização de uma cidade do interior deve ser analisada com cautela, já que o acesso a internet não é facilitado e poderia dificultar as atividades dentro de uma unidade de saúde. O sistema informatizado organiza, facilita e melhora a comunicação e, em consequência, a qualidade dos serviços, mas as ferramentas manuais de organização, apesar de parecerem arcaicas, não devem ser esquecidas em qualquer serviço de saúde.

Nesta dimensão, a pontuação máxima que um município pode atingir é 94 pontos, sendo que este em discussão chegou a 66,5 pontos, representando 70,7% da pontuação total. Portanto, na dimensão organizacional, este município está na cor amarela, que indica avanços, mas que é necessário atenção e aprimoramento na capacidade de decidir a gestão da assistência farmacêutica. A coordenação da assistência farmacêutica não normalizada e a falta do coordenador são aspectos que justificam a necessidade de aprimoramento na gestão, assim como a ausência de sistema informatizado na rede de atenção à saúde e a definição, em conjunto, dos parâmetros de distribuição dos medicamentos às unidades de saúde.

4.1.2.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional

Remume

A Relação Municipal de Medicamentos (Remume) do município é uma lista padronizada, com alterações feitas somente na CFT, em equipe multiprofissional, levando em consideração as necessidades da população, diante de todas as especialidades, e a atenção básica, porém a lista padronizada não está institucionalizada por meio de norma. Ela é usada de forma adequada para os serviços farmacêuticos e orienta a prescrição, mas não é oficial e reconhecida como instrumento legítimo do município.

Prescrições de medicamentos, com base nos elencos pactuados

No município 68,75% dos medicamentos nas prescrições coletadas estavam nas listas adotadas, e 21,6 % dos medicamentos estavam na Remume, não constantes na Rename ou em elencos da CIB.

Análise das condições da Farmácia da unidade de saúde

Nas duas unidades visitadas, não havia medicamentos vencidos, mas blisters fracionados sem a data de validade e lote foram encontrados.

A farmácia da unidade central tem refrigerador próprio para os termolábeis, armário com chave para os medicamentos controlados e ar condicionado. O item termômetro não estava na farmácia. A unidade 2 não tem dispensação de controlados e termolábeis, portanto somente 2 itens são elegíveis, mas não tem ar condicionado, nem termômetro.

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

Os serviços de saúde do município não têm um PGRSS, não condizendo com as normas estabelecidas. E mais, há um problema na fiscalização, que é estadual, já que não tem uma VISA municipal, e é muito difícil conseguir a fiscalização. A farmacêutica relatou que *“Demora muito tempo pra acontecer e o alvará está atrasado.”* Os resíduos são encaminhados para uma empresa contratada e a assistência farmacêutica faz o gerenciamento dos medicamentos vencidos das unidades e de devoluções de usuários. Apesar de não terem um PGRSS, o município faz o descarte correto.

Investimentos na área

O município investiu em reforma e ampliação das unidades de saúde; reforma e ampliação da CAF; e aquisição de mobiliário para suporte da assistência farmacêutica.

Presença do farmacêutico nas unidades de saúde

A farmacêutica está presente na unidade central, apesar de não fazer as dispensações nessa farmácia. Suas funções estão ligadas à coordenação, apesar de ela não ter o cargo de coordenadora, mas desempenha todas as tarefas desse cargo, inexistente no município. Ainda assim, ela está na unidade central para colaborar com a equipe de saúde e assistir os usuários que necessitarem. Das farmácias nas unidades de saúde, apenas 33,3% têm farmacêutico.

Registro das atividades do profissional farmacêutico

No município, não existe nenhuma forma de registro para a produtividade do farmacêutico, mas a farmacêutica está tentando instituir o registro dos atendimentos e das dispensações de medicamentos controlados. Oficialmente, os serviços farmacêuticos não têm registro de suas ações, diferente dos outros profissionais, que

alimentam sistemas do próprio Ministério da Saúde. Os registros que a farmacêutica está realizando foram iniciativa dela e, por enquanto, não estão sendo usados em nenhuma ação da Secretaria Municipal de Saúde, apesar de ser uma boa forma de monitorar suas atividades.

Padronização da dispensação de medicamentos

Um instrumento escrito e oficial que padroniza as dispensações não está disponível, apesar de as orientações serem passadas pela farmacêutica a todos que dispensam medicamentos.

Judicialização dos medicamentos

Este município não tem nenhum valor empregado em aquisição de medicamentos pela via judicial. A população talvez desconheça essa via, pois não existe um mecanismo de divulgação dessa informação. A farmacêutica afirma não saber se a população conhece ou não. Ela atende, em média, 200 usuários por mês, muitos trazem as prescrições que podem ser de prescritores da equipe de Saúde da Família ou outros conveniados ou particulares, mas as receitas são avaliadas pela farmacêutica e, em seguida, ela realiza os encaminhamentos. Na maioria dos casos, algum atendimento é feito, seja pela farmácia básica, ou CEAR ou encaminhamento à Popular do Brasil. O fato de o município ter regularidade no abastecimento das unidades; uma programação para compra realizada com critérios; os cadastros e conhecimento das pessoas aumentando sobre o Componente Especializado; a organização da equipe para que todos tenham participação ativa nos processos, que envolvem o acesso aos medicamentos; e a própria farmacêutica tendo um vínculo com a população, que entende os momentos de falta de medicamentos, são fatores, também, que devem influenciarr na falta de demanda de processo judiciais.

Distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde

O cronograma de abastecimento das unidades de saúde existe e prevê a distribuição na última semana do mês; as unidades de saúde enviam um formulário com o estoque disponível e as dispensações realizadas, que são registradas manualmente. A partir disso é calculado o consumo médio de cada unidade. Se durante o mês faltar algum medicamento, esse é enviado na quantidade que a farmacêutica define, a partir das necessidades de cada unidade.

Conhecimento dos prescritores em relação à Remume e a disponibilidade de medicamentos

Os prescritores da unidade central e da outra unidade entrevistados relataram conhecer os mecanismos de divulgação da Remume. Constantemente, a própria CFT divulga as inclusões e exclusões da lista, mas um dos prescritores falou que não sabe quais medicamentos estão disponíveis na unidade e que não recebe essas informações.

Satisfação dos profissionais com os medicamentos nas unidades de saúde

Dos profissionais entrevistados de duas unidades de saúde, 100% está satisfeito com a quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades, e 83 %, com a diversidade de tipos de medicamentos nas unidades.

Monitoramento da assistência farmacêutica

No município, a farmacêutica numerou as atas das reuniões da CFT para o planejamento da seleção de medicamentos; assim como os registros das compras, como formas de monitoramento, sendo utilizados todos esses dados também para o planejamento.

A pontuação máxima alcançada nesta dimensão é 102. O município obteve 50,5 pontos, contemplando 49,5% dos pontos máximos, registrando a cor roxa. Nesse caso, é preciso melhorar e estar alerta para a capacidade de executar a gestão da assistência farmacêutica. Os principais pontos de constrangimento nesta dimensão são: a falta de PGRSS; de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico; de instrumentos de padronização para dispensação de medicamentos; o fato de o município não ter nenhuma aquisição de medicamentos por via judicial; e o alto valor de medicamentos da Remume que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.

4.1.2.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade

Articulação

Neste município, a farmacêutica da unidade central responde pelas questões de assistência farmacêutica, e é acessível a todos os profissionais. Em relatos, os coordenadores de unidade contam que quando medicamentos faltam durante o mês, eles já são encaminhados para as unidades. Geralmente, a comunicação é feita pessoalmente, já

que a assistência farmacêutica fica na unidade central e as coordenadoras frequentam periodicamente essa unidade.

O município tem reuniões mensais com todas as equipes de saúde e agentes comunitários de saúde, na qual a farmacêutica, como representante da assistência farmacêutica, coloca as questões que envolvem os medicamentos e os usuários que os utilizam. Assim, com os outros profissionais, discutem o que é necessário em relação à assistência farmacêutica. Essa é uma forma, relatada pela farmacêutica, de estratégia para articulação entre a assistência farmacêutica e a ESF. Quando necessário e dependendo do tempo disponível da farmacêutica, ela participa dos grupos e tem uma interação direta com os profissionais, como odontólogos e fisioterapeuta, para resolverem assuntos que envolvem essas atividades com assistência farmacêutica.

A coordenação estadual da assistência farmacêutica não tem posição de parceria em prol da gestão e não disponibiliza outros tipos de recursos, como apoio técnico ou logístico, além do que está preconizado por lei. Atualmente, conforme depoimento da farmacêutica, a única relação da coordenação estadual é o Componente Especializado, com o repasse dos medicamentos e autorização das dispensações, pois o ato de dispensar e o contato com os usuários já está sendo responsabilidade dos municípios.

Controle social

No município em questão, apenas o capítulo da assistência farmacêutica junto com todo o Plano Municipal de Saúde passou pela aprovação do Conselho, portanto somente esse item foi medido como uma discussão de novos projetos da área.

Elaboração participativa das metas de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

O planejamento é uma decisão de cada setor neste município, mas a construção e discussão de prioridades são feitas de forma participativa por todos os profissionais dos serviços de saúde.

Capacitação de recursos humanos

A farmacêutica concluiu uma pós-graduação presencial de gestão da assistência farmacêutica.

Vínculo empregatício e existência do cargo de farmacêutico no município

No município, o cargo de farmacêutico existe e é assumido por uma única farmacêutica, contratada pelo vínculo estatutário. Essa farmacêutica, porém, não é coordenadora da assistência farmacêutica, o cargo e a instância não existem neste município.

Mecanismos para a participação social

As coordenadoras das unidades, quando questionadas, falaram que nas unidades tem uma caixinha de sugestões, mas que nenhuma questão de assistência farmacêutica está nas perguntas e nunca aconteceu de ter algo sobre medicamentos. Os usuários acreditam ter meios para sugestões e críticas, principalmente um contato direto com o Secretário, que tem um momento do dia e senha para conversar com os usuários que precisam.

A diversidade das respostas entre os usuários e os coordenadores das unidades coletadas é um fato que pode ser explicado pelo desconhecimento dos usuários sobre mecanismos oficiais de sugestões e críticas. Nas entrevistas 76,2% deles responderam falar com os funcionários, com o Secretário ou o Prefeito.

Satisfação dos usuários

Em relação à satisfação dos usuários, quanto ao recebimento dos medicamentos prescritos, 71,4 % dos usuários se dizem satisfeitos, 100% dos usuários entrevistados estão satisfeitos com o atendimento e as informações recebidas dos profissionais, na dispensação do medicamento; e, quanto às condições físicas da farmácia, 80,9% dos usuários estão satisfeitos.

Este município obteve 59,5 pontos dos 96 máximos, alcançando 62% e estando na cor amarela, segundo a atribuição do juízo de valor (MANZINI, 2013). Notam-se avanços na capacidade de sustentar os resultados da gestão, mas ainda é preciso um aprimoramento em alguns aspectos, como a falta de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários, mesmo que os próprios encontrem outras formas não oficiais de opinar. O cargo de coordenador não existente no município, ainda que a coordenação exista, mas não oficial. A parceria entre as coordenações municipal e estadual da assistência farmacêutica não está sendo priorizada e a discussão das questões de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde é considerada baixa.

4.1.3. Município B1

4.1.3.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional

Coordenação da assistência farmacêutica

A coordenação da assistência farmacêutica, nem o cargo de coordenador existem nesse município. A assistência farmacêutica é um programa da Secretaria Municipal de Saúde. As farmacêuticas do município desempenham funções para organização e execução da assistência farmacêutica, mas estas não caracterizam ações gestoras. A farmacêutica mais antiga do município, locada na farmácia da unidade central, é a referência da CAF e outras atividades da farmácia, mas não tem esse cargo de gestora.

A CAF, situada na unidade central, é o local de abastecimento das farmácias das unidades, mas não tem um farmacêutico alocado somente para essa função. A farmacêutica da unidade central é quem cuida da CAF e das questões centrais de assistência farmacêutica no município.

A assistência farmacêutica do município, por não ter uma coordenação instituída, não tem autonomia para inserir outros medicamentos além do que está baseado na Rename, e a prefeitura não disponibiliza recursos a mais do que está pactuado. A autonomia é restrita, e as muitas decisões importantes, principalmente de cunho financeiro, são decididas pela própria Secretária de Saúde. As questões técnicas, referentes à supervisão das unidades de saúde, a assistência farmacêutica realiza; as farmacêuticas do município se organizam para isso.

Essa situação é evidente e verdadeira, confirmada quando os outros farmacêuticos e coordenadores das unidades de saúde respondem que desconhecem a existência de uma coordenação da assistência farmacêutica; o reconhecimento acontece em relação à farmacêutica da unidade central, que lidera algumas atividades, mas que não tem o cargo de coordenadora.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

O município não tem CFT e a atualização da Remume é feita informalmente, com conversas e opiniões dos profissionais envolvidos com medicamentos na Secretaria.

Planejamento

O conhecimento do Plano pelos farmacêuticos, assim como a participação deles na elaboração do Plano são condições essenciais para as atividades de planejamento no município. Porém, nenhuma das três farmacêuticas conhece o Plano Municipal de Saúde, já que ele não é divulgado. Os farmacêuticos também não construíram, de nenhuma forma, o capítulo da assistência farmacêutica.

Participação da Coordenação da Assistência Farmacêutica em outras ações do município

Neste município, a participação das farmacêuticas nas discussões/decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município acontece, principalmente nos grupos de diabetes e hipertensão, mas as tomadas de decisão ficam a critério de cada setor da Secretaria Municipal de Saúde.

Programação para aquisição de medicamentos

A programação de medicamentos é realizada anualmente, antes de cada licitação; e as entregas são parciais, em virtude do espaço físico disponível para armazenar os medicamentos. O critério utilizado para programar a aquisição é o consumo histórico do ano anterior. Apesar de utilizarem esse critério, as demandas não atendidas não são contabilizadas, podendo resultar em falta de medicamentos na próxima aquisição.

Distribuição dos medicamentos

Neste município, é construído um mapa com registro do estoque das unidades e das saídas dos medicamentos lançadas no sistema no mês anterior. Baseada nisso a farmacêutica da unidade central faz a distribuição da CAF para as unidades. Se faltar medicamentos durante o mês, a unidade pode fazer pequenos pedidos. Em uma das unidades visitadas, localizada em um bairro destacado crescimento, por estar em uma região com indústrias, as reclamações quanto à falta de medicamentos pelos usuários e prescritores e os pedidos extras diários, mesmo com a presença de farmacêutico nessa unidade, revelam um problema de planejamento e análise das novas demandas que acontecem no município. Atualmente, a farmacêutica responsável pela farmácia da unidade central, também é responsável pela CAF, não podendo priorizar nenhuma das funções.

Sistemas informatizados

A assistência farmacêutica possui sistema informatizado, mas nem todas as unidades o têm instalado. Naquelas em que há sistema, a movimentação é registrada, através das dispensações por paciente. A CAF tem uma parte do sistema com o controle de notas fiscais e estoque. A transferência de medicamentos para as unidades é feita também no sistema, porém este não é integrado aos prontuários dos usuários, só atende as farmácias de algumas unidades e auxilia na gerência do estoque de medicamentos na Central de Abastecimento e nas unidades, informatizando essas atividades.

O município atingiu 27,5 pontos, o que representa 29,2% da pontuação total. Dessa forma, na dimensão organizacional, a cor é roxa para o município B1, que indica a necessidade de melhora na gestão da assistência farmacêutica. Alguns aspectos na capacidade organizacional devem ser priorizados, como a condição não normalizada da coordenação da assistência farmacêutica e, em consequência, a falta de coordenador; o baixo grau de autonomia decisória; e o não reconhecimento de uma coordenação por todos os coordenadores das unidades de saúde visitadas. A falta de uma CFT e a definição dos parâmetros para distribuição de medicamentos às unidades de saúde não ser realizadas em conjunto são, também, aspectos a serem considerados. O Plano Municipal de Saúde não é disseminado aos farmacêuticos, ponto importante para os encaminhamentos futuros da gestão.

4.1.3.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional

Remume

No município, existe uma Remume, mas não é padronizada por uma CFT. Ela está divulgada entre os profissionais e os setores da Secretaria Municipal de Saúde, mas não é oficializada por norma.

Prescrições de medicamentos com base nos elencos pactuados

As prescrições de medicamentos, com base nas listas oficiais de medicamentos (básico, estratégico e especializado), correspondem a 77,5% dos medicamentos prescritos nos dias de coleta de dados.

Neste município, 6% dos medicamentos da Remume não constam na Rename ou em elencos pactuados pela CIB.

Análise das condições da Farmácia da unidade de saúde

Neste município, não foram encontrados medicamentos vencidos, mas a existência de cartelas fracionadas sem a data de validade foi constatada.

Neste município, três unidades foram visitadas. Na unidade central, os quatro itens questionados para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais no armazenamento dos medicamentos estão presentes. Nas outras duas unidades, não tem dispensação de psicotrópicos e termolábeis; o aparelho de ar condicionado e o termômetro digital estão nessas unidades.

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

A assistência farmacêutica do município tem um PGRSS, por ser uma exigência da vigilância sanitária. As farmácias são um dos únicos locais, dentro da Secretaria Municipal de Saúde, que têm esse planejamento para os resíduos gerados nos ambientes de saúde.

Investimentos na área

No município, os investimentos em infraestrutura em serviços de assistência farmacêutica aconteceram, nos últimos quatro anos, de alguma forma, como: ampliação da farmácia na unidade nova; informatização da rede, mas não integrada a todos os serviços; aquisição de equipamentos e mobiliário para as outras farmácias. A CAF não teve ampliação, mas um projeto foi aprovado e aguarda o início da construção.

Presença do farmacêutico nas unidades de saúde e registro das atividades do profissional farmacêutico

Nesse município, três, das dez unidades, contam com os serviços de farmacêutico, e a produtividade do farmacêutico não é registrada, bem como a dos outros profissionais.

Padronização da dispensação de medicamentos

A assistência farmacêutica tem um manual de boas práticas de dispensação, ao qual todas as unidades de saúde têm acesso, porém ele não está atualizado.

Judicialização dos medicamentos

No município, as aquisições de medicamentos por via judicial chegam a 17%. Valores acima de 10% devem ser levados em consideração e determinam um alerta aos gestores.

Distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde

O cronograma para abastecimento das unidades de saúde existe e as unidades de saúde recebem os pedidos mensalmente.

Conhecimento dos prescritores em relação à Remume e à disponibilidade de medicamentos

Dos prescritores entrevistados, 75% afirma receber informações sobre a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias das unidades, porém nem sempre a disseminação de informações acontece, e os prescritores não sabem o que está disponível, naquele momento, na unidade. A farmacêutica da unidade central informa a sua equipe e aos outros farmacêuticos, que são responsáveis técnicos em duas unidades, mas auxiliam nas outras sete unidades do município.

Dos prescritores entrevistados, 50% conhecem os mecanismos de divulgação da Remume. Os avisos da CAF são passados pela farmacêutica da unidade central, mas, muitas vezes, não chegam até os prescritores. A lista está disponível em todos os consultórios, porém os prescritores poderiam ter maior interação com os farmacêuticos ou a equipe, nos casos de falta desse profissional. Alguns prescritores relataram só ficar sabendo da inexistência do medicamento prescrito, ao contatar com o usuário. As modificações da lista não são discutidas com todos os prescritores, somente com a equipe da unidade central, já que a farmacêutica responsável pela CAF é também dessa unidade e ela realiza as licitações.

Satisfação dos profissionais com os medicamentos nas unidades de saúde

Dos profissionais questionados, 58,3% acredita ser suficiente a quantidade de medicamentos nas unidades de saúde, e 75% dos entrevistados estão satisfeitos com a diversidade de tipos de medicamentos. Essa pequena insatisfação com a falta de medicamentos está acontecendo em uma unidade e pode ser explicada pelo aumento da demanda e pelo fato de ser uma unidade nova, onde não se tem um consumo histórico estável ainda. A farmacêutica da unidade tem a liberdade de fazer pedidos durante o mês, além do que já foi enviado, mas isso não é realizado com um planejamento, e esses pedidos são feitos todos os dias, quando o medicamento já está em falta. Em alguns momentos, os usuários não conseguem algum medicamento nessa unidade, por falta, e procuram a unidade central, onde esse mesmo medicamento é encontrado.

Monitoramento da assistência farmacêutica

Neste município, o monitoramento não é realizado. Os dados estão disponíveis, mas relatórios não são feitos devido a falta de procura pelos gestores do município.

O município atingiu 65,5 pontos na dimensão operacional, que equivale a 64,2% da pontuação total. Diante da escala de juízo de valor proposta por Manzini (2013), o município ficou com cor amarela na dimensão operacional, que demonstra um avanço na gestão, mas que precisa de um aprimoramento e construção de um mecanismo de registro da produtividade dos farmacêuticos; no monitoramento das ações de assistência farmacêutica e seu posterior uso para o planejamento; na institucionalização da Remume, que já existe, mas preciso de uma normativa. Os investimentos em infraestrutura acontecem, mas necessitam aumentar, e um olhar atento à quantidade de farmacêuticos por unidades de saúde deve ser lançado.

4.1.3.3. Resultados obtidos na Dimensão Sustentabilidade

Articulação

O município não tem uma coordenação da assistência farmacêutica oficial, mas as estratégias de comunicação entre as unidades de saúde e o nível central da assistência farmacêutica existem, mesmo sendo gerenciadas pela farmacêutica da unidade central, que também é responsável pelo CAF. As questões técnicas são resolvidas entre as farmacêuticas, e as questões políticas ou administrativas são levadas direto à Secretária de Saúde. Todos os coordenadores das equipes, nas unidades visitadas, e os farmacêuticos responderam conhecer estratégias de comunicação.

Neste município, não tem, no momento, nenhuma articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e a ESF e EACS; as equipes já mudaram e não é feita muita interação. Os agentes comunitários de saúde aprendem, na prática, as questões que envolvem os medicamentos. Essa articulação perdeu força e foi tomada pela rotina diária de trabalho.

Neste município, nenhum recurso e nenhuma ajuda são disponibilizados pela coordenação estadual da assistência farmacêutica. A interação existente é do Componente Especializado, já que os municípios ficam responsáveis em dispensar esses medicamentos.

Controle social

No município não teve nenhuma discussão sobre questões de assistência farmacêutica no Conselho Municipal de Saúde. Com a falta de participação de alguém que represente a assistência farmacêutica as questões não são demandadas pelo Conselho e a própria assistência farmacêutica não teve interesse de levar alguma discussão. Isso se justifica pela falta de um coordenador, que deve se preocupar com o conhecimento, pela comunidade, do que acontece nesse setor.

Elaboração participativa das metas de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

Não houve participação de nenhum profissional na elaboração do Plano; a Secretária de Saúde construiu quando solicitado, de forma isolada, sem ajuda dos profissionais de saúde.

Capacitação de recursos humanos

Das farmacêuticas entrevistadas, somente uma fez alguma capacitação em assistência farmacêutica, nos últimos dois anos.

Vínculo empregatício e existência do cargo de farmacêutico no município

O cargo de farmacêutico está presente entre os cargos municipais estabelecidos, mas o cargo de coordenador não existe.

Mecanismos para a participação social

No município, nenhum coordenador de unidade de saúde acredita existir algum mecanismo oficial, e somente 39% dos usuários disseram conhecer alguma forma para fazer sugestões ou reclamações sobre a farmácia nas unidades.

Satisfação dos usuários

Nos indicadores de satisfação dos usuários, o município recebeu 100% dos pontos em todos, pois 78,5% dos usuários entrevistados estão satisfeitos com o recebimento dos medicamentos e as condições físicas da farmácia, e 92,8% está satisfeito com o atendimento recebido pelo profissional que dispensou seu medicamento.

O município atingiu 27,75 pontos, correspondendo a 28,9% da pontuação total desta dimensão, o que, no juízo de valor, atribui cor roxa ao município na dimensão da sustentabilidade. A capacidade de gestão da assistência farmacêutica precisa melhorar, e os aspectos priorizados, nesse caso, são a existência de articulação entre a coordenação da

assistência farmacêutica e a coordenação do ESF; e estratégias de articulação extrainstitucional, como a relação entre as coordenações municipal e estadual da assistência farmacêutica. Atenção, ainda, à falta do cargo de coordenador da assistência farmacêutica definido e o incentivo às discussões das questões da área junto ao Conselho Municipal de Saúde, que nesse município não acontecem de nenhuma forma. Da mesma forma, para a criação de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões pelos usuários sobre medicamentos, já que nem mesmo os usuários entrevistados reconhecem alguma forma de intervenção.

4.1.4. Município B2

4.1.4.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional

Coordenação da assistência farmacêutica

No município, a coordenação da assistência farmacêutica é uma diretoria, assim como outros seguimentos dentro da Secretaria Municipal de Saúde. O cargo de diretor da assistência farmacêutica é comissionado, o que possibilita o reconhecimento da assistência farmacêutica como uma área estabelecida entre as outras na Secretaria de Saúde. O coordenador é um farmacêutico. A população utiliza e conhece todas as atividades de assistência farmacêutica. O acesso à Secretaria Municipal de Saúde ficou mais fácil, uma vez que o diretor responde somente ao Secretário de Saúde. As tomadas de decisão são realizadas em conjunto com o Secretário, em reuniões quinzenais com todos os diretores dos outros seguimentos, como a atenção básica, por exemplo. As decisões menores ou técnicas são tomadas na própria diretoria da assistência farmacêutica.

O reconhecimento da coordenação da assistência farmacêutica em 100%, pelos coordenadores de unidades e farmacêuticos entrevistados, sugere que a coordenação existe, é legitimada e contribui para os serviços na Secretaria Municipal de Saúde.

Vários serviços são divididos entre os farmacêuticos, que estão todos na farmácia central, localizada na policlínica da cidade. Dentre esses serviços, estão a CAF e distribuição dos medicamentos para as unidades, o Componente Especializado, o Programa de Atendimento ao Idoso. Cada farmacêutico tem uma função e assumiu um desses serviços. A assistência farmacêutica é dividida em responsabilidades, que acabam sendo individuais, sem que o diretor se envolva em todos os

aspectos. A direção não organiza os farmacêuticos em relação aos processos de trabalho, nas questões trabalhistas, e não desenvolve discussões sobre políticas de assistência farmacêutica e saúde.

A coordenação deste município não formulou normas sobre assistência farmacêutica nos últimos anos. Decide sobre os aspectos de seleção com a ajuda da CFT, programação, abastecimento, aquisição e distribuição, praticamente, sozinhos, com alguma comunicação no setor de compras do município, que gerencia os recursos financeiros. Em relação às farmácias das unidades de saúde, nenhuma tem farmacêutico, todos eles estão alocados nos serviços centralizados da Policlínica municipal, mas oferecem suporte quando necessário. O principal acompanhamento é feito pelo farmacêutico do NASF, passando em todas as unidades, conferindo estoques, tirando dúvidas das equipes. De modo geral, a diretoria da assistência farmacêutica tem autonomia nas suas decisões, porém são decisões tomadas na rotina diária dos serviços, e grandes inovações não são apresentadas.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

A CFT deste município tem um regimento interno, levado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação. Reconhecido como documento que regulariza e mostra a existência da CFT, por isso, é considerado oficial. A regularidade das reuniões é bimestral. A Comissão mostra atuação, pelo menos na seleção da Remume, já que, quando perguntado ao coordenador sobre a resolutividade da CFT, ele acredita que poderia ser mais resolutiva em alguns aspectos.

Planejamento

No município, o coordenador não soube afirmar se os farmacêuticos participaram da elaboração do plano. Dos quatro farmacêuticos entrevistados, nenhum conhecia o Plano, nem mesmo o coordenador da assistência farmacêutica.

Participação da Coordenação da Assistência Farmacêutica em outras ações do município

A participação nas decisões/discussões sobre outros programas da Secretaria Municipal de Saúde é realizada em reuniões com todos os diretores dos seguimentos da Secretaria. São reuniões demandadas pela Secretaria e acontecem quinzenalmente, quando se discutem todos os aspectos relevantes dos setores, dúvidas e outras questões, que estão acontecendo naquele momento em cada setor. Além dessas reuniões, a participação em outras atividades de saúde no município acontece,

geralmente, por iniciativa do diretor ou dos outros farmacêuticos, como iniciativas pessoais.

Programação para aquisição de medicamentos

No município, a programação para aquisição é realizada e, se necessário, acontece mais de uma licitação por ano. Os pedidos são realizados, trimestralmente, aos distribuidores, dependendo do item. São utilizados relatórios de saída dos medicamentos, ou seja, o consumo histórico é usado para realizar a programação.

Distribuição dos medicamentos

A programação para distribuição nas unidades de saúde, no município, é feita através do sistema informatizado, contabilizando as saídas do mês anterior e o estoque de medicamentos nas unidades que o sistema indica ter. Nenhuma contagem é realizada, a não ser uma conferência esporádica pelo farmacêutico do NASF. Uma remessa de medicamentos é enviada para cada unidade, uma vez por mês, baseada na contabilização do sistema. Se necessário, as unidades podem pedir os medicamentos que faltarem durante esse mês, porém somente os tipos e não as quantidades, que são decididas em nível central da CAF. Essas faltas deveriam acontecer por mudanças nas prescrições ou saídas de medicamentos, dependendo da época do ano, porém, segundo o farmacêutico da CAF, isso, muitas vezes, acontece pelo mau gerenciamento do estoque nas unidades, já que não há um profissional específico para isso; em alguns casos, nem uma farmácia existe, somente uma prateleira com medicamentos na recepção. A sobrecarga de funções que a enfermagem desempenha em uma unidade de saúde também justificam essas faltas.

Sistemas informatizados

No sistema informatizado, a baixa dos medicamentos dispensados é realizada por usuários, todos os dados de dispensação, quantidade, histórico, data e qual médico prescreveu ficam registrados, sem ser integrado ao prontuário, mas, no momento da coleta dos dados, estava em processo de implantação, com esforço para os prescritores utilizarem nas consultas. Todas as unidades de saúde têm esse sistema, mas nem todas usam no momento da dispensação. Algumas pedem ao usuário uma cópia da receita para alimentar o sistema após a dispensação, o que dificulta o acesso aos usuários, pois antes de receberem os medicamentos de uso contínuo eles devem se preocupar com essa cópia da prescrição.

O município obteve 61 pontos, o equivalente a 64,89% da pontuação total. O resultado indica para o município cor amarela, demonstrando evolução na capacidade de gestão da assistência farmacêutica, mas com necessidade de aprimoramento em alguns aspectos para a capacidade organizacional desse município. A participação de farmacêuticos no Plano Municipal de Saúde deve ser revista, o que também não colabora com o conhecimento do Plano por todos os farmacêuticos. A definição dos parâmetros de distribuição de medicamentos para as unidades de saúde, recomendado acontecer em conjunto, não ocorre neste município e a priorização do sistema informatizado, que ainda não era no momento da coleta de dados integrado ao prontuário.

4.1.4.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional

Remume

No município, a Remume existe, considerada uma lista definida pela CFT e guia para as compras dos medicamentos. Apesar de não estar formalizada de nenhuma maneira e não ter sido aprovada no Conselho Municipal de Saúde e Câmara de Vereadores, ela é reconhecida por todos os profissionais da Secretária de Saúde.

Prescrições de medicamentos com base nos elencos pactuados

Dos medicamentos nas prescrições coletadas, 84,2% são baseados nessas listas. Os medicamentos que constam na Remume deste município, mas que não constam na Renome ou em elencos pactuados pela CIB, contabilizam 18,3%.

Análise das condições da Farmácia da unidade de saúde

Neste município, em uma unidade participante da pesquisa, foram encontrados medicamentos vencidos, assim como existência de blisters fracionados sem a data de validade.

No município, três unidades básicas de saúde e a farmácia central foram visitadas. As unidades básicas de saúde não têm dispensação de controlados e termolábeis e o aparelho de ar condicionado e o termômetro digital não estão presentes. Na farmácia central, localizada na policlínica, existe geladeira própria para termolábeis, medicamentos controlados guardados em armário com chave, aparelho de ar condicionado, mas não tem termômetro.

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

Neste município, o coordenador da assistência farmacêutica não sabe da existência de PGRSS, ele desconhece na assistência farmacêutica e na secretária de saúde. Os medicamentos vencidos são guardados e encaminhados para empresa contratada quando a “caixa” de armazenamento desses resíduos está cheia.

Investimentos na área

As reformas nas farmácias aconteceram neste município, em função da enchente que aconteceu no ano de 2011, na cidade, que atingiu a maioria das unidades de saúde, e por isso a necessidade. A farmácia central recebeu alguns reparos e uma sala adicional. A CAF recebeu equipamentos novos, mas não teve nenhuma ampliação ou reforma. As capacitações acontecem, geralmente são de outras instituições como Conselho Regional de Farmácia, mas a prefeitura incentiva essa prática entre os funcionários. A rede é informatizada há cinco anos e estão acontecendo atualizações para inserir o prontuário eletrônico. Os investimentos em aquisição de equipamentos também aconteceram, na CAF, na farmácia central e nas unidades de saúde, principalmente em decorrência da enchente do ano de 2011.

Presença do farmacêutico nas unidades de saúde

Das 18 unidades de saúde, somente a farmácia da policlínica tem farmacêutico. Não é uma unidade básica de saúde, mas todos os atendimentos especializados acontecem nesse local, além de três bairros terem a cobertura de EACS, sendo a unidade de referência a policlínica, que ainda atende outros dois bairros que não têm unidades de saúde. Essa farmácia é central, onde está localizada a CAF, a dispensação de medicamentos controlados, a dispensação de insulina, a dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e de todo o elenco da Remume. Estão presentes três farmacêuticos, trabalhando no atendimento ao público, que retira medicamentos de todos os elencos. O NASF é composto por um farmacêutico, que atende a todas as unidades de saúde e apoia as ações do ESF.

Registro das atividades do profissional farmacêutico

No município não existe nenhuma forma de registro das atividades do farmacêutico, nem a preocupação da gestão em iniciar esse processo.

Padronização da dispensação de medicamentos

O instrumento de padronização das dispensações existe somente na farmácia central, mas as unidades não o têm. Não foi repassado para esses locais. Vale ressaltar que nenhuma unidade de saúde tem farmacêutico, portanto a dispensação não é padronizada no município, cada unidade decide como vai realizar essa atividade.

Judicialização dos medicamentos

No município, 9,7% dos recursos totais empregados em aquisição de medicamentos são destinados à aquisição de medicamentos pela via judicial.

Distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde

O abastecimento de medicamentos para as unidades de saúde ocorre regularmente, sendo mensal. Esse abastecimento acontece no início do mês através de relatórios de saídas de medicamentos retirados do sistema informatizado. Além disso, se no decorrer do mês acontecer falta de medicamentos, as unidades pedem esses itens para a CAF.

Conhecimento dos prescritores em relação à Remume e à disponibilidade de medicamentos

As informações da disponibilidade de medicamentos são fornecidas pelos coordenadores das unidades aos prescritores, mas, quando algum medicamento falta em nível central, a comunicação é da farmácia central. Os médicos alteram as medicações prescritas, conforme essas mudanças. O mesmo acontece quando inclusões ou exclusões da lista são realizadas pela CFT. A divulgação acontece e novas listas são encaminhadas para as unidades de saúde. Os prescritores também são informados em reuniões quinzenais da equipe médica sobre as mudanças que acontecem na Remume.

Satisfação dos profissionais com os medicamentos nas unidades de saúde

No município, 91% dos entrevistados (Secretária de Saúde, coordenador da assistência farmacêutica, coordenadores, prescritores das unidades selecionadas e farmacêuticos) acreditam ser suficiente a quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde. Do mesmo modo, todos os entrevistados estão satisfeitos com a diversidade de tipos de medicamentos ofertados nas unidades e na farmácia central.

Monitoramento da assistência farmacêutica

O relatório de gestão da assistência farmacêutica é realizado, sendo uma forma de monitoramento, porém não apresenta dados de atendimentos e não é detalhado. Na equipe de farmacêuticos é feito um monitoramento e, em algumas situações, a Secretária solicita relatórios. O planejamento das ações é baseado nos dados que estão disponíveis, que, mesmo sucintos, influenciam as ações desenvolvidas pela gestão.

A pontuação atingida pelo município foi de 59 pontos, ou seja, 57,8% da pontuação total. A cor atribuída é amarela, indicando avanços na capacidade de gestão da assistência farmacêutica, porém a pontuação atingida foi a mínima para essa atribuição de valor e várias questões precisam ser observadas mais atentamente, para aprimoramento da gestão. A Remume tem uma quantidade de medicamentos superior ao parâmetro utilizado neste estudo, não baseados na RENAME ou em elencos pactuados na CIB. A falta de instrumentos de verificação das condições de armazenagem de medicamentos, de um PGRSS e de instrumento de padronização da dispensação devem ser priorizados e podem influenciar na existência de medicamentos vencidos, destinados à dispensação, fato que ocorreu em uma das unidades de saúde visitadas. A quantidade insuficiente de farmacêuticos nas unidades de saúde e que, neste município, estão alocados todos na Farmácia Central e a inexistência de um mecanismo de registro da produtividade desse profissional repercute, diretamente, na qualidade dos serviços disponibilizados à população.

4.1.4.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade

Articulação

No município, a comunicação com a coordenação da assistência farmacêutica existe e é uma forma de manter o envolvimento dos profissionais com as questões da área, assim como da coordenação com as atividades de cada setor. Os farmacêuticos estão todos alocados na farmácia central; nenhum está presente nas unidades de saúde. Por essa razão, eles têm acesso fácil ao diretor de assistência farmacêutica e acabam sendo o ponto central também, cada um com sua função. Os encaminhamentos dos coordenadores de unidades são feitos por email ou por telefone, geralmente direcionando as questões para o farmacêutico responsável na farmácia central. É uma relação tranquila e que acontece frequentemente.

As articulações entre as coordenações da assistência farmacêutica e ESF ocorrem quando necessário, por exemplo, na falta de medicamentos e em caso de pedidos extras, ocorrendo nas unidades de saúde em grande número; a comunicação entre as coordenações é realizada para resolver esses problemas. Geralmente, são demandadas pela coordenação da assistência farmacêutica por perceberem, de forma mais rápida, as dificuldades das equipes de saúde e dos agentes comunitários de saúde em relação aos medicamentos.

A parceria entre o município e o Estado não acontece no município, não existe nada além do Componente Especializado, que é obrigação do Estado gerir. Existe uma falta de comunicação entre as duas esferas e só se relacionam para poucos aspectos do Componente Especializado.

Controle social

As questões de assistência farmacêutica não são levadas em geral para o Conselho Municipal de Saúde do município, o último assunto levado foi a implementação da CFT, pois, para ela ser instituída, é necessária a aprovação do seu regimento interno. Outras questões não são encaminhadas, e o Conselho não é um parceiro da assistência farmacêutica, pois quase nenhuma atividade é levada para aprovação.

Elaboração participativa das metas de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

O coordenador não soube afirmar o Plano teve participação de outros profissionais na parte de assistência farmacêutica.

Capacitação de recursos humanos

No município, 75% dos farmacêuticos entrevistados fez alguma capacitação nos últimos dois anos, em assistência farmacêutica ou áreas afins.

Vínculo empregatício e existência do cargo de farmacêutico no município

O cargo de farmacêutico existe neste município e o diretor da assistência farmacêutica tem vínculo trabalhista estatutário, porém não garantido, já que o cargo é de indicação e dependente das gestões, que mudam de quatro em quatro anos.

Mecanismos para a participação social

Neste município, todos os coordenadores das unidades participantes da pesquisa disseram existir uma caixinha de sugestões e reclamações chamada “Escuta SUS” nas unidades de saúde.

Dos usuários entrevistados somente 27,7% afirmam conhecer alguma forma de criticar, elogiar ou deixar sugestões quanto aos serviços farmacêuticos. Mesmo tendo um mecanismo oficial, na maioria das vezes a comunicação é verbal com os funcionários da unidade e, em casos mais problemáticos, esses usuários são orientados a procurar a Secretaria Municipal de Saúde, mas essa não disponibiliza um serviço de ouvidoria.

Satisfação dos usuários

O grau de satisfação dos usuários em relação ao recebimento dos medicamentos foi alto, pois 80,7% deles acreditam estar bom. 95% dos usuários entrevistados estão satisfeitos com o atendimento e as informações recebidas do profissional na dispensação do medicamento. A insatisfação maior dos usuários está nas condições físicas das farmácias, uma vez que 61,45% dos usuários estão satisfeitos.

O município obteve 55,5 pontos, o que corresponde a 57,8% dos pontos, tendo juízo de valor na cor amarela para a dimensão da sustentabilidade. Alguns pontos necessitam ser priorizados para o aprimoramento da capacidade de gestão da assistência farmacêutica, mesmo que se note um avanço na sustentabilidade dos resultados da gestão. A falta de parceria entre as coordenações da assistência farmacêutica do município e a estadual é um aspecto que influencia a gestão. O aumento das discussões de questões de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde deve ser incentivado. Do mesmo modo, a divulgação dos mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões pelos usuários existentes no município, pois a maioria dos usuários entrevistados não conhecia essa estratégia.

4.1.5. Município C1

4.1.5.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional

Coordenação da assistência farmacêutica

Este município tem uma gerência, que está no organograma e é subordinada à Secretaria Municipal de Saúde. A coordenação existe e é

formal. Porém, no momento da coleta de dados, o cargo de gerente não estava sendo utilizado por ninguém. O farmacêutico que estava anteriormente saiu, e nenhum outro profissional foi colocado no cargo. A farmacêutica do CAF, indicada pela Secretária de Saúde respondeu as questões do estudo, referentes ao coordenador da assistência farmacêutica.

A coordenação não formula diretrizes, decide sobre aspectos de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição, porém essas questões não estão sendo levadas a uma CFT, as decisões são tomadas por demanda e não tem um planejamento. A coordenação também orienta e supervisiona as farmácias das unidades, mesmo o NASF fazendo esse serviço mais diretamente.

No município estudado, 87,5% dos coordenadores de unidades e farmacêuticos conhecem a coordenação da assistência farmacêutica.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

A CFT existe, mas não é formal. No ano de 2012, a Comissão teve duas reuniões, o que indica irregularidade.

Planejamento

O coordenador da assistência farmacêutica, que estava na época da construção do Plano participou da sua elaboração. Mesmo assim, 60% dos farmacêuticos entrevistados não conhece o Plano Municipal de Saúde.

Participação da Coordenação da Assistência Farmacêutica em outras ações do município

No município, existe uma interlocução com os outros programas. Alguns exemplos são: a rede cegonha; a abertura de novas unidades; e as discussões dos medicamentos para essas unidades, apesar de não ser recorrente e de grande intensidade.

Programação para aquisição de medicamentos

As aquisições de medicamentos são realizadas com uma programação, utilizando o consumo histórico e a demanda que a farmacêutica conhece. Os dados reais não existem, o município não tem um sistema de controle de estoque, mas está sendo implantado.

Distribuição dos medicamentos

Nas unidades de saúde onde os farmacêuticos estão presentes, é ele quem realiza os pedidos. Caso não esteja, é a enfermagem que faz,

conforme as necessidades de cada unidade. A definição, porém, é toda feita na própria unidade, e, geralmente, tudo que é pedido, a CAF envia. A programação para distribuição não é realizada em conjunto.

Sistemas informatizados

O sistema informatizado está sendo implantado, com itens como controle de estoque e de dispensação, além de interligar as unidades de saúde à CAF, com acesso aos prontuários. Porém, no momento da coleta de dados, não tinha nenhum sistema informatizado sendo utilizado.

O município alcançou 45,75 pontos, o equivalente a 48,6% da pontuação total. Segundo a escala de juízo de valor adotada, o município tem a cor roxa para a dimensão organizacional, indicando que alguns aspectos devem ser analisados e melhorados para progredir na capacidade de gestão da assistência farmacêutica. Apesar de o município ter uma coordenação da assistência farmacêutica estabelecida por norma, o cargo de coordenador não estava sendo ocupado e esse fato fica evidente com a falta de reconhecimento da coordenação da assistência farmacêutica por todos os coordenadores de unidades entrevistados. A CFT existente deve ser priorizada, fazendo um trabalho ativo. O Plano Municipal de Saúde não é do conhecimento de todos os farmacêuticos. A definição dos parâmetros de distribuição de medicamentos para as unidades de saúde é realizada em conjunto, fato que não ocorre com a informatização da rede de assistência farmacêutica, integrada à rede de atenção à saúde do município.

4.1.5.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional

Resumo e prescrições de medicamentos, com base nos elencos pactuados

A lista de medicamentos deste município existe, é formalizada, passou pela aprovação do Conselho Municipal de Saúde e está disponível no site da prefeitura para visualização pública. 92,5% dos medicamentos nas prescrições coletadas são baseados nas listas adotadas pelo município e 19% dos medicamentos da Resumo não estão baseados no RENAME ou em elencos pactuados na CIB.

Análise das condições da Farmácia da unidade de saúde

Nas unidades visitadas, não foram encontrados medicamentos vencidos nas, mas blisters sem a data de validade em função do

fracionamento para adaptação dos tratamentos foram vistos nas rotinas das unidades que dispensam medicamentos.

Nas quatro unidades básicas de saúde visitadas neste município, a dispensação de controlados e termolábeis não acontece, o aparelho de ar condicionado e o termômetro digital não estão presentes nessas unidades. O Centro de Especialidades foi uma unidade visitada, com o objetivo de entrevistar a farmacêutica, já que, nas unidades básicas de saúde, os farmacêuticos não estão presentes, mas apenas em unidades de saúde maiores, geralmente que não atendem somente ESF. Esse centro de especialidades médicas é uma unidade que agrega vários programas municipais e a farmácia dessa unidade tem vários tipos de medicamentos, todos incluídos na Remume. Alguns medicamentos da Remume só estão disponíveis nessa unidade, por ter o serviço especializado. Os medicamentos para hipertensão e diabetes, por exemplo, não estão disponíveis, pois esses itens são focados nas unidades básicas de saúde, com o o desenvolvimento dos grupos terapêuticos. Nessa unidade não tem dispensação de termolábeis, os controlados não ficam em armário com chave, pois, como a demanda de usuários é grande a farmacêutica não consegue atender todos, e os técnicos também fazem a dispensação dessas medicações.

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

No município, a farmacêutica do CAF desconhece a existência de um PGRSS, mas tem uma empresa contratada para recolher os resíduos, que ocorre de forma não planejada e sem bases técnicas, como prevê a Resolução vigente.

Investimentos na área

Nos últimos quatro anos aconteceram reformas e ampliação das farmácias das unidades, uma reforma total no almoxarifado, onde a CAF está localizada, informatização da rede e aquisição de equipamentos para suporte de assistência farmacêutica.

Presença do farmacêutico nas unidades de saúde

As unidades de saúde deste município estão divididas em cinco regionais. Os serviços estão distribuídos por unidades básicas de saúde, com ESF, em unidades 24 horas, um centro de especialidades, uma unidade básica de porte maior, que dispensa medicamentos controlados. A variedade de tipos de unidades foi sendo construída a partir da disseminação dos serviços e programas, que foram sendo realizados; a

dispensação de variedades de medicamentos também definiu o que cada unidade ofertaria e quais profissionais estão presentes.

A única unidade básica de saúde que tem farmacêutico é a unidade que dispensa medicamentos controlados. As policlínicas, centro especializado, farmácia escola e unidades 24 horas contam com a presença do farmacêutico também. Portanto neste município 12,7% das unidades que prestam serviços de atenção primária tem presença desse profissional.

Registro das atividades do profissional farmacêutico

O município não têm um registro da produtividade, mesmo que o sistema esteja sendo implantado, os dados ainda não são reais.

Padronização da dispensação de medicamentos

Atividades como a dispensação, as quais nem sempre é o farmacêutico que realiza e em municípios onde tenham muitas unidades de saúde, e vários locais de dispensação com farmacêuticos ou não, podem acontecer orientações diferentes, o atendimento ao usuário pode não ser igual em todos os locais, influenciando na qualidade do serviço. Neste município, não existe um instrumento de padronização das dispensações.

Judicialização dos medicamentos

Neste município não foram fornecidos dados sobre aquisição de medicamentos por via judicial.

Distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde

O município tem um cronograma de abastecimento, dividido em regionais. Cada semana são enviados medicamentos para uma unidade. As unidades já têm as datas acordadas para o envio dos pedidos.

Conhecimento dos prescritores em relação à Remume e à disponibilidade de medicamentos

No município, todos os prescritores entrevistados são informados da disponibilidade de medicamentos nas unidades e das modificações na lista, conhecendo seus mecanismos de divulgação.

Satisfação dos profissionais com os medicamentos nas unidades de saúde

Dos funcionários entrevistados, 71,4% está satisfeito com a quantidade de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde, a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos é aceita por 84,6% dos funcionários entrevistados.

Monitoramento da assistência farmacêutica

O monitoramento não é realizado neste município. A assistência farmacêutica não tem, oficialmente, nenhuma forma de planejamento.

O município obteve 52,5 pontos, ou seja, 51,4% da pontuação total, deixando-o na cor amarela pela escala de juízo de valor. Sendo assim, o município obteve avanços, mas precisa priorizar algumas questões da capacidade de gestão para aspectos operacionais, como a Remume, que tem uma quantidade superior ao parâmetro utilizado neste estudo de medicamentos não baseados na RENAME ou em elencos pactuados na CIB; nenhuma unidade de saúde visitada tem instrumentos de verificação ou garantia das condições de armazenamento de medicamentos; a falta de PGRSS, de monitoramento da assistência farmacêutica e de instrumento de padronização para a dispensação de medicamentos.

4.1.5.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade

Articulação

Neste município, 75% dos coordenadores das unidades e farmacêuticos conhecem a existência de estratégias de comunicação entre as unidades e a coordenação da assistência farmacêutica. Assim como, a existência de estratégias de articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica e as coordenações da ESF e EACS, que, neste município, geralmente, são demandadas pela ESF e EACS. A última interação que aconteceu foi uma deliberação do Prefeito, orientando que os agentes comunitários de saúde deveriam entregar os medicamentos a paciente maiores de 65 anos e acamados. Essa decisão está gerando uma série de discussões sobre o papel de cada profissional, dentro das equipes de saúde.

Parcerias e apoio estadual com o objetivo de fortalecer a gestão da assistência farmacêutica municipal não acontecem. Faltam incentivos financeiros para construção da assistência farmacêutica, que só tem recursos para compra de medicamentos; para qualquer outro projeto que

se queira fazer dentro da assistência farmacêutica municipal, são necessários recursos da renda municipal ou de outros programas da Secretaria Municipal de Saúde.

Controle social

A criação de novas farmácias e a estruturação da Remume passaram pela aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Elaboração participativa das metas de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

O Plano foi realizado com contribuições de outros setores nos objetivos e metas da assistência farmacêutica, a construção foi dividida em equipes, e outros profissionais participaram.

Capacitação de recursos humanos

No município, 50% dos farmacêuticos entrevistados fizeram alguma capacitação em assistência farmacêutica, saúde coletiva, gestão ou áreas próximas nos últimos dois anos.

Vínculo empregatício e a existência do cargo de farmacêutico no município

O cargo de farmacêutico não existe entre os cargos municipais, os profissionais disponíveis para atuarem na assistência farmacêutica são contratados. Somente o cargo de farmacêutico bioquímico está entre os cargos municipais e, quando acontece um concurso, os profissionais chamados querem exercer sua função em análises clínicas. A dificuldade está até em abrir concursos e ter vínculos estatutários, pois a inexistência do cargo de farmacêutico impede esse tipo de contrato.

Mecanismos para a participação social

Todas as coordenadoras de unidades entrevistadas afirmaram existir algum mecanismo para recebimento de críticas, sugestões ou elogios pelos usuários sobre medicamentos. A ouvidoria e as caixas de sugestão foram citadas, mas as conversas com a enfermagem, nas unidades, foram as mais citadas para resolução, em alguns casos. Dos usuários entrevistados, somente 18,2% conhecem esses mecanismos.

Satisfação dos usuários

No município 72,7% dos usuários entrevistados estão satisfeitos com o recebimento dos medicamentos. Os melhores níveis de satisfação estão em relação ao atendimento e às informações recebidas do

profissional, no momento da dispensação, em que 89,2% apontam notas altas, e com a estrutura física da farmácia, com 82,6% dos usuários satisfeitos.

O município atingiu 52,25 pontos, o equivalente a 54,4% da pontuação total. O município está na cor amarela, que demonstra um avanço na sustentabilidade, mas que precisa rever alguns aspectos para aprimorar a capacidade de gestão da assistência farmacêutica. A falta de parceria entre a coordenação da assistência farmacêutica municipal e a estadual, a falta de conhecimento dos usuários em relação aos mecanismos oficiais para sugestões e críticas sobre medicamentos, a participação de farmacêuticos em capacitações na área, que não chega a todos os profissionais. Um dos principais aspectos da sustentabilidade neste município é o fato de não existir cargo de farmacêutico entre os cargos municipais, somente o de farmacêutico bioquímico.

4.1.6. Município C2

4.1.6.1. Resultados obtidos na Dimensão Organizacional

Coordenação da assistência farmacêutica

A coordenação da assistência farmacêutica está ligada à diretoria de atenção primária, é a gerência de assistência farmacêutica e está no organograma. Segundo a coordenadora, essa é a melhor forma de conduzir, por mais que a assistência farmacêutica permeie todos os níveis de atenção, mas a atenção básica é o principal nível de atuação e está de acordo com a forma de organização de saúde no município, que segue a ESF. A coordenadora é uma farmacêutica.

Os coordenadores das unidades e os outros farmacêuticos entrevistados 90% reconheceram a existência da coordenação, mesmo assim não são todos.

A coordenação da assistência farmacêutica deste município formula diretrizes, como a instrução normativa, que é o instrumento mestre da gestão, e sua atualização é feita a cada dois anos, junto com a Remume. Essa instrução agrega todas as diretrizes do município. A coordenação da assistência farmacêutica decide também sobre as questões de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição. A aquisição e distribuição dependem de outros setores da prefeitura, como o fundo municipal, o setor de contas, os caminhões para distribuição, que não são de uso exclusivo. Porém, não acompanha as unidades de saúde, os NASF fazem esse serviço de supervisão e

orientação para as unidades, mas a coordenação não está participando das atividades nas unidades e nem decide sobre elas.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

No município, a CFT existe, e tem por objetivo assessorar a equipe gestora na formulação e implementação das políticas relacionadas com a seleção, programação, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos. As reuniões acontecem com uma regularidade quinzenal. A CFT é composta por um médico pediatra; um médico geriatra; dois médicos de família e comunidade; um cirurgião-dentista; um enfermeiro; dois farmacêuticos da rede assistencial; um farmacêutico da Central de Abastecimento Farmacêutico; um representante da Gerência de Assistência Farmacêutica; um representante da Vigilância em Saúde, vinculado aos Programas Estratégicos; um representante dos serviços de urgência e emergência. A comissão tem um regimento interno. No início de cada processo de atualização da Remume, a CFT realiza uma oficina de priorização, na qual as demandas são avaliadas de acordo com alguns critérios:

- Relevância epidemiológica (prevalência e incidência da doença);
- Impacto para saúde (morbidade, mortalidade e letalidade);
- Relevância para o serviço (falta de outras opções para tratamento de determinada enfermidade, solicitação do serviço ou da gestão);
- Ausência de parecer técnico-científico (inexistência de parecer recente da CFT ou do Ministério da Saúde sobre o medicamento ou a enfermidade em que será avaliado)
- Possibilidade de benefício da intervenção (impacto do medicamento na morbimortalidade e letalidade - esse critério depende de um conhecimento prévio e, por isso, nem sempre é utilizado, já que a definição do benefício, com base nas evidências científicas, em geral, só será conhecida na íntegra depois da elaboração de um parecer técnico-científico atualizado);
- Possibilidade de risco da intervenção (problemas de segurança e eventos adversos relacionados ao fármaco, da mesma forma que o critério anterior, isso, em geral, depende da elaboração de um parecer);
- Custo (a CFT utiliza a curva ABC, que classifica os medicamentos que causam maior impacto financeiro, obtida do

último processo de aquisição executado pela Secretaria Municipal de Saúde, outras formas de medir o custo podem ser utilizadas, inclusive mais abrangentes, podendo-se definir esse critério como impacto econômico ou impacto no orçamento, dependendo da forma como é estabelecido).

Planejamento

O Plano Municipal de Saúde foi discutido por todos os profissionais. Dos farmacêuticos entrevistados, 85,7% conhece o Plano, mostra que muitos conhecem e são familiarizados. Mesmo com as evidências de construção participativa do Plano, ele não chega ao conhecimento de todos os profissionais, inclusive farmacêuticos. A justificativa pode estar em uma baixa divulgação ou na falta de entendimento do que é planejamento.

Participação da Coordenação da Assistência Farmacêutica em outras ações do município

Algumas atividades, mas não todas, são compartilhadas com a coordenação da assistência farmacêutica deste município. Dependendo do assunto, principalmente quando é alguma decisão de outro programa que envolve medicamentos, então há um envolvimento. As demandas são mútuas, podem vir tanto da assistência farmacêutica como dos outros setores da Secretaria Municipal de Saúde.

Programação para aquisição de medicamentos

A programação para a aquisição é realizada uma vez por ano, o sistema informatizado é usado para verificar o consumo histórico e os serviços novos entram no planejamento a cada ano e fazem uma previsão de quais medicamentos serão disponibilizados. A licitação é feita uma vez por ano. Em algumas situações é necessária uma licitação extra, pois alguns medicamentos faltam ou não são entregues.

Distribuição dos medicamentos

Os parâmetros de distribuição para as unidades são definidos em conjunto. As quantidades de medicamentos a serem distribuídos são escolhidas pela unidade de saúde e os tipos é o nível central que decide.

Sistemas informatizados

Este município tem dois sistemas informatizados, o Info-estoque, que gerencia os estoques de medicamentos e o Info-saúde, que é um prontuário eletrônico. No momento da prescrição, os

medicamentos ficam registrados e, na dispensação, já é possível ver o que foi prescrito. É possível fazer isso manualmente e lançar os medicamentos prescritos no sistema. O prescritor tem acesso aos medicamentos que foram dispensados. A rede é toda integrada; a assistência farmacêutica está ligada ao prontuário e é possível identificar quais medicamentos cada usuário está utilizando, o que facilita o gerenciamento da terapia também. O sistema permite, ainda, que os farmacêuticos façam intervenções nos prontuários dos usuários.

O município obteve 73 pontos e 77,6% da pontuação total, indicando que o município em questão está na cor verde, o que demonstra que ele está em uma situação avançada, conforme preconizado nos conceitos de gestão da assistência farmacêutica, adotados neste estudo. Porém, alguns aspectos podem ser destacados para conhecimento do município, como: a coordenação da assistência farmacêutica existe formalmente, mas nem todos os coordenadores das unidades de saúde visitadas a conhecem; e a falta de conhecimento do Plano Municipal de Saúde por todos os farmacêuticos.

4.1.6.2. Resultados obtidos na Dimensão Operacional

Remume

A Remume é instituída formalmente por Portaria e passou pela aprovação do Conselho Municipal de Saúde neste município.

Prescrições de medicamentos com base nos elencos pactuados

Das prescrições coletadas nas unidades de saúde visitadas, 94% dos medicamentos nelas contidas são baseados na Remume ou nas listas adotadas pelo município (componente estratégico, componente especializado e pactuações da CIB/SC). 21,6% dos medicamentos da Remume não estão na Renome.

Análise das condições da Farmácia das unidades de saúde

Nas unidades visitadas deste município, medicamentos vencidos foram encontrados em uma delas apenas. Essa unidade não tinha a presença de farmacêuticos e um farmacêutico do NASF é responsável por dar apoio, uma vez ao mês. Medicamentos sem o prazo de validade por conta do fracionamento na adaptação ao tratamento foram encontrados em todas as unidades.

No município em questão, as unidades de saúde são divididas em regionais. A coleta de dados foi realizada em três regionais, sendo

que três unidades situadas em regionais diferentes não têm farmacêutico e outras duas tem a presença de farmacêutico. A média de pontuações das cinco unidades é 83,3%. Uma tabela com a descrição dos itens por unidade saúde está no apêndice A.

Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde tem um PGRSS e o planejamento dos resíduos da assistência farmacêutica está incorporado nesse documento. Ele trata de resíduos químicos, resíduos biológicos e outros resíduos como odontológicos.

Investimentos na área

Como investimento na infraestrutura, aconteceu reforma e ampliação das unidades de saúde, capacitação de recursos humanos, como em tuberculose e fitoterápico,s e ampliação do sistema informatizado.

Presença do farmacêutico nas unidades de saúde

Neste município, das 55 unidades de saúde que prestam serviços de atenção primária e se enquadram nesta pesquisa, oito tem a presença do farmacêutico, ou seja, 14,5% das unidades.

Registro das atividades do profissional farmacêutico

Uma discussão sobre o registro do farmacêutico dentro da Secretaria Municipal de Saúde existe, mas ainda não são todos os profissionais que estão conscientizados. No sistema, existe uma entrada para consulta farmacêutica, mesmo sendo um passo a frente, o uso ainda não foi concretizado.

Padronização da dispensação de medicamentos

Este município tem uma normativa para o fluxo de serviços da Gerência de Assistência Farmacêutica e, como cada serviço farmacêutico deve acontecer, está documentado nesse instrumento, inclusive as condutas para dispensação. A normativa está disponível no site da prefeitura e todos os profissionais envolvidos na gestão da assistência farmacêutica têm acesso.

Judicialização dos medicamentos

Dos gastos com compras de medicamentos, neste município 1,4% são em aquisições por via judicial.

Satisfação dos profissionais com os medicamentos nas unidades de saúde e distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde

Dos profissionais entrevistados, 96,6% estão satisfeitos com as quantidades de medicamentos disponíveis nas unidades, e 86,6% com os tipos de medicamentos. Isso demonstra que o abastecimento é regular e feito por um cronograma. A CAF manda os medicamentos por regional, sendo uma semana para distribuição em cada regional. Portanto, a regularidade é mensal. Em algumas unidades menores, os medicamentos podem ser enviados 2 vezes por mês, por falta de espaço físico para armazenamento.

Conhecimento dos prescritores em relação à Remume e à disponibilidade de medicamentos

Dos prescritores entrevistados, 44,4% afirmam receber informações sobre a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias das unidades, principalmente quanto aos itens que estão em falta. Mas 88,8% são informados quanto à inclusão e exclusão de medicamentos na Remume e conhecem os meios de divulgação da mesma. Portanto, a lista padronizada é de conhecimento da maioria dos profissionais que prescrevem e é bem utilizada por eles, pois 94% dos medicamentos nas prescrições coletadas são de listas adotadas neste município.

Monitoramento da assistência farmacêutica

Neste município, o acesso aos dados existe, o sistema é informatizado e auxilia na obtenção desses dados. Os relatórios não são realizados periodicamente, mas, se solicitados, são de fácil acesso. Os dados são utilizados para o planejamento das ações de assistência farmacêutica.

O município chegou a 70 pontos e obteve 68,6% da pontuação total, o que o coloca na cor amarela, indicando um estado de avanço para a gestão da assistência farmacêutica na dimensão operacional, mas que necessita de aprimoramento nas seguintes questões: a Remume, que tem uma quantidade superior ao parâmetro utilizado neste estudo de medicamentos não baseados na Rename ou em elencos pactuados na CIB; um controle maior dos medicamentos vencidos, destinados à dispensação; a inexistência de mecanismos para registrar a produtividade dos farmacêuticos e um número baixo de unidades de saúde com farmacêuticos, se comparado ao número total de unidades. As informações disponibilizadas aos prescritores sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde precisam alcançar um maior número de profissionais,

4.1.6.3. Resultados obtidos na Dimensão da Sustentabilidade

Articulação

No município em questão, 90,9% dos coordenadores das unidades e farmacêuticos entrevistados acreditam existir uma articulação entre as US e a coordenação de assistência farmacêutica, em aspectos que dizem respeito aos medicamentos. A atenção e orientação nas equipes de Saúde da Família é responsabilidade dos NASF, mas as questões mais diretas, de logística e decisões para organização dos serviços são realizadas entre as coordenações da assistência farmacêutica e ESF.

O apoio do Estado na gestão municipal da assistência farmacêutica não acontece para este município. Nada além das obrigatórias por lei. A coordenadora acredita que a Secretaria Estadual de Saúde não trabalha com questões de atenção à saúde, atualmente ela somente aprova e distribui aos municípios os medicamentos do Componente Especializado.

Controle social

No município em questão, a aprovação da Remume, oficializada com a elaboração pela CFT, no ano de 2007, aconteceu no Conselho Municipal de Saúde. O início da farmácia escola da UFSC, em 2008, que tem um vínculo com a prefeitura, foi levada ao Conselho, por motivo de esclarecimento, sem intervenção nas tomadas de decisão. Os gastos com medicamentos são pauta de fiscalização do Conselho, mas não tem gerado debates específicos para o tema no Conselho ou medidas tomadas para a melhoria do setor a partir de demandas do controle social.

Elaboração participativa das metas de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde

O planejamento é ascendente, começa nas unidades de saúde e todos os profissionais discutem tudo, os farmacêuticos não se reuniram para fazer somente o capítulo de assistência farmacêutica.

Capacitação de recursos humanos

Todos os farmacêuticos entrevistados, inclusive a coordenadora, realizaram alguma capacitação em assistência farmacêutica ou áreas vinculadas, nos últimos anos.

Vínculo empregatício e existência do cargo de farmacêutico no município

O vínculo da coordenadora da assistência farmacêutica do município é estatutário e o cargo de farmacêutico existe no quadro de profissionais da prefeitura.

Mecanismos para a participação social

Dos coordenadores de unidades participantes da pesquisa, 60% responderam que existem, na prefeitura, mecanismos oficiais de recebimento das sugestões e críticas pelos usuários em relação aos medicamentos. Os meios mais citados são a ouvidoria da prefeitura e as caixas de sugestão disponibilizadas nas unidades.

Em comparação, dos usuários entrevistados, somente 21,2% conhece alguma forma de expressar a opinião diante dos serviços farmacêuticos. Essa diferença mostra que, apesar de existentes, os mecanismos não são eficientes, já que os usuários não conhecem e, portanto, são pouco utilizados.

Satisfação dos usuários

Dos usuários entrevistados, 64% estão satisfeitos com o recebimento dos medicamentos prescritos nas unidades de saúde e 67,7% acreditam estar boas as condições físicas das farmácias das unidades. No que diz respeito ao atendimento recebido pelo profissional no momento da dispensação, 88,9% dos usuários entrevistados estão satisfeitos.

O município alcançou 61 pontos, o equivalente a 63,5% da pontuação total, deixando o município com cor amarela para a dimensão da sustentabilidade. O resultado sugere que algumas questões precisam ser revistas para o aprimoramento da capacidade de gestão da assistência farmacêutica, entre elas, a existência de parceria entre as coordenações de assistência farmacêutica municipal e estadual, a falta de conhecimento pelos usuários de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões sobre medicamentos, mesmo que alguns coordenadores de unidades tenham apontado a sua existência, e o aumento das discussões de questões da área junto ao Conselho Municipal de Saúde.

4.2. RESULTADO GERAL DA AMOSTRA CATARINENSE

4.2.1. Análise geral por indicadores

Alguns resultados chamam a atenção na análise horizontal dos Quadros 37, 38 e 39.

Na dimensão organizacional, o indicador dez questiona a condição de participação da coordenação da assistência farmacêutica nas discussões ou decisões sobre programas ou atividades de saúde no município. O resultado verde em todos os municípios coloca o indicador em ênfase e, segundo Manzini (2013), ele foi uma substituição realizada pelos participantes das oficinas de outro indicador da Matriz do NEPAF, que falava da participação da coordenação na Programação Pactuada Integrada (PPI). A justificativa da substituição foi que a participação relatada no indicador 10 gera subsídios para que o município faça a pactuação da PPI. Porém, na coleta de dados, o questionamento feito não deixou tão clara a intensão do indicador, o que pode ter gerado um resultado que não avalie essa questão profundamente.

Os indicadores 11 e 12 da dimensão organizacional geraram respostas para um juízo de valor de coloração verde em todos os municípios. A programação para aquisição é algo superado pela gestão da assistência farmacêutica e demonstra que, nos aspectos técnicos e baseados em critérios pré-definidos, os serviços farmacêuticos estão preparados para executar e decidir. Contudo, na mesma dimensão, o indicador 13 avalia a definição dos parâmetros para programação da distribuição de medicamentos às unidades de saúde, realizada em conjunto, entre coordenação e unidades de saúde, que também contempla uma questão técnica da organização, que não teve resultado positivo, indicando que uma organização técnica acontece, mas que precisa superar a falta de participação de outros profissionais nas decisões que lhes dizem respeito.

Na dimensão operacional, o indicador 3 revelou que a maioria dos municípios estudados têm mais que 10% dos medicamentos da Remume não constantes na Rename ou em elencos da CIB, gerando um juízo de valor na coloração vermelha. O parâmetro utilizado com ponto de corte em 10% pode ter sido baixo e deixou os municípios em situação crítica para este indicador, sendo que a média dos resultados foi de 17%. Esse parâmetro foi pactuado nas oficinas de consenso do estudo de Manzini (2013).

O indicador quatro da mesma dimensão demonstrou a existência de medicamentos vencidos nas unidades visitadas e

fracionados sem a data de validade; a maioria dos municípios superou o fato de ter medicamentos vencidos disponíveis para a dispensação, mas o fracionamento ainda aparece com frequência. A coleta de dados, conferindo manualmente alguns medicamentos selecionados no *check-list*, possibilitou resultados reais e confiáveis.

Os indicadores oito e nove da dimensão operacional demonstram uma fragilidade nos quesitos profissional farmacêutico presente nas unidades de saúde e seus serviços sendo registrados. A maioria das farmácias de unidades básicas de saúde funciona porque um leigo ou profissional com poucos conhecimentos sobre medicamentos atua na entrega de medicamentos (VIEIRA, 2008b), comprometendo a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica. Isso ocorre, mesmo que a Política Nacional de Medicamentos (1998) afirme que o farmacêutico ocupa papel-chave na assistência farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem formação técnico-científica, fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas e a dispensação de medicamentos, segundo o Decreto n. 8.5878/81, é ato privativo do farmacêutico. Com a carência de registro das atividades desempenhadas pelo farmacêutico, a falta de informações sobre os serviços farmacêuticos prestados dificulta a identificação das falhas nos serviços e o planejamento, assim como prejudica o reconhecimento desses serviços pela gestão municipal, por outros profissionais e pela sociedade.

Na dimensão da sustentabilidade, os indicadores um e quatro contemplam estratégias de comunicação e articulação entre a coordenação da assistência farmacêutica, as unidades de saúde e as coordenações da ESF e EACS. As estratégias relatadas pelos entrevistados são caseiras, como comunicação verbal, contato telefônico, algumas orientações básicas sobre medicamentos para as agentes comunitárias de saúde quando entram na equipe, participação esporádica nos grupos terapêuticos. São formas não institucionalizadas, sem propostas estruturadas, realizadas por vias instáveis e, se algum profissional deixar de realizar a estratégia, não se perpetua. Esses indicadores, para que avaliem realmente a sustentabilidade, precisarão ser reestruturados para identificar a comunicação existente, mas avaliar adequadamente as estratégias aplicadas para essa comunicação em termos de institucionalização, incorporação às rotinas de trabalho dos serviços.

Os indicadores cinco e seis refletem a inexistência de parceria entre as coordenações da assistência farmacêutica estadual e municipal,

em todos os municípios estudados. Essa é uma situação que chama a atenção nesta dimensão da indícios de que, neste Estado, a descentralização pode ser um aspecto que coloque a coordenação estadual da assistência farmacêutica em um posicionamento confortável. Em todos os relatos, o único apoio é com a distribuição dos medicamentos do Componente Especializado e a aprovação dos processos, que são, na verdade, as responsabilidades mínimas prescritas pelas portarias de organização dos componentes da assistência farmacêutica no Brasil.

Os resultados do grau satisfação dos usuários são positivos e altos para todos os municípios. Usuários de medicamentos não estão acostumados a receber um atendimento diferenciado na farmácia e vê-la como um local de serviços farmacêuticos. As pessoas esperam receber os medicamentos prescritos somente e, de uma forma geral, não tem outras referências para a farmácia, que não se constitua como serviço e sim como simples entrega de produto. Com a expectativa baixa, o senso crítico não tem qualidade e, em consequência, a satisfação é alta. Para Vaitsman e Andrade (2005), em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas. Diferentes expectativas introduzem, portanto, um viés subjetivo às pesquisas de satisfação.

4.2.2. Análise do gráfico

Agrupando os resultados dos seis municípios, obtêm-se o gráfico apresentado na Figura 5.

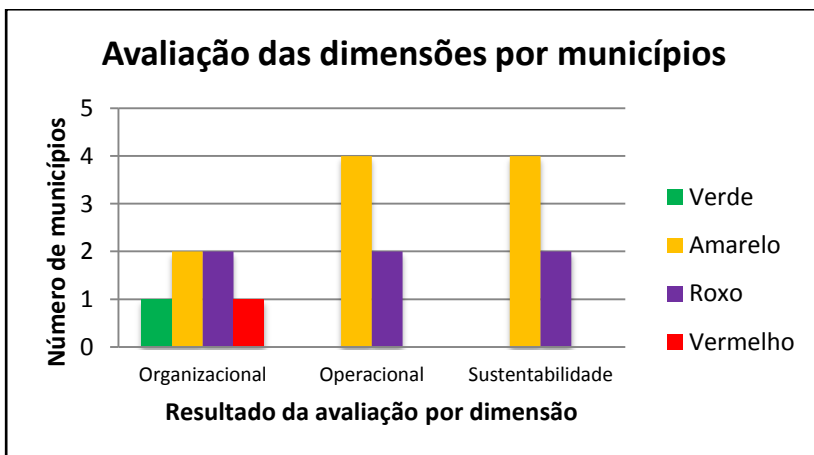


Figura 5 - Resultados por dimensão da avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica municipal.

Fonte: Elaborado pela autora

4.2.2.1. Análise da dimensão organizacional

Os resultados da avaliação da amostra catarinense em aspectos organizacionais foram os que distinguiram realmente os municípios entre si. Desde aqueles com uma organização que teve como resultado e juízo de valor a cor vermelha até aquele com cor verde.

Os aspectos contemplados na dimensão organizacional refletem o grau de desenvolvimento do sistema de saúde municipal como um todo, não é um resultado da gestão da assistência farmacêutica isoladamente. As questões organizacionais, que, para Guimarães e colaboradores (2004), são a capacidade da gestão da assistência farmacêutica em decidir e planejar de forma participativa, autônoma e transparente, aparecem nos resultados de forma mais clara, demonstrando que, para os municípios, as questões organizacionais da gestão estão mais estabelecidas.

Os indicadores da dimensão organizacional que se destacaram para revelar esse resultado em SC e que demonstram a realidade desse Estado para a gestão da assistência farmacêutica serão apontados em seguida.

Os indicadores 1 e 4 que avaliam a coordenação da assistência farmacêutica, sua condição de existência e o reconhecimento por outros profissionais têm posição de destaque. Na amostra estudada, 50% dos

municípios (os mais populosos) têm coordenação. Em alguns municípios, as funções de gestão dos serviços farmacêuticos são desempenhadas por coordenações que não estão estabelecidas formalmente. Apenas em 33,3% dos municípios, em que a coordenação estava instituída por norma, havia o reconhecimento desta pelos farmacêuticos e coordenadores das unidades de saúde. Esse fato pode demonstrar uma falta de visibilidade das ações de gestão da assistência farmacêutica.

A autonomia decisória da coordenação da assistência farmacêutica existe nos municípios onde a coordenação é instituída formalmente e em um município onde as funções de gestão são reconhecidas, mesmo sem sua formalização. Porém, as coordenações ainda não têm autonomia sobre todos os aspectos de gestão da assistência farmacêutica, demonstrando que, em relação à capacidade de decidir, são necessários avanços.

A seleção de medicamentos ainda não é um serviço de excelência nos municípios, pois a existência da CFT não é realidade na maioria deles, destacando-se a falta de reconhecimento sobre a importância desta Comissão para os municípios.

O conhecimento sobre o Plano Municipal de Saúde pelos farmacêuticos é baixo; em apenas um dos municípios estudados este Plano é conhecido por todos os farmacêuticos entrevistados.

A participação da coordenação da assistência farmacêutica nas decisões de outros programas da Secretaria de Saúde acontece em todos os municípios estudados. Ressalta-se, porém, que esse indicador pode ter gerado um falso positivo e não ter sido tão claro no questionamento realizado na coleta de dados.

As atividades técnicas e operacionais, como a programação para aquisição, baseada em critérios para a sua elaboração, foram as que tiveram melhor desempenho. A assistência farmacêutica tem, tradicionalmente, sido considerada uma área técnica, com foco nas atividades relacionadas ao medicamento, e não utilizando esses aspectos técnicos em prol da valorização do principal ator de todo o processo, o usuário.

O sistema informatizado não existe em 50% dos municípios da amostra e somente em um ele é integrado à rede de atenção à saúde do município, com prontuário disponível à assistência farmacêutica. A informatização da assistência farmacêutica já evoluiu, porém ainda precisa ser aperfeiçoada. Atualmente, os municípios já veem a necessidade de informatizar os serviços e as políticas de incentivo, como

a efetivação do sistema HÓRUS, que vem sendo apresentado aos gestores.

4.2.2.2. Análise da dimensão operacional

O gráfico antes apresentado mostra que, na dimensão operacional, os municípios ficaram entre as cores amarela e roxa, demonstrando avanços na gestão, mas alguns aspectos precisam ser enfatizados.

A dimensão operacional trata de indicadores que revelam aspectos organizacionais, técnicos, operacionais, administrativos e estratégicos de gestão da assistência farmacêutica (GUIMARÃES *et al.*, 2004, BARRETO e GUIMARÃES, 2010). Essas questões da dimensão operacional, de forma geral, devem acontecer nos municípios, pois existem políticas como a de medicamentos (1998), além de normativas, diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde, que fazem a execução da assistência farmacêutica acontecer. O acesso aos medicamentos é garantido, pois o financiamento existe e os municípios têm que disponibilizá-los, mesmo não utilizando recursos próprios, somente os do Estado e da União. A estruturação mínima das farmácias no SUS já é, atualmente, objeto de importância entre as gestões municipais e é amparada por diretrizes do Ministério da Saúde e normas da Vigilância Sanitária. A execução pode não ser de forma participativa, compartilhada, com autonomia, transparente e sustentada, mas, mesmo de forma simplista, ela funciona. O sistema de saúde não existe sem medicamentos, justificando o resultado mediano para a amostra catarinense na dimensão operacional.

O resultado encontrado neste estudo é reflexo do que tem acontecido no Brasil, com a chamada descentralização tutelada. Segundo Trevisan e Junqueira (2007), as decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. É fato que, a partir de 1993, o governo central conseguiu “reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento”. Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo central sempre foi o de operar essa política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente, pela realidade do “orçamento autorizativo”. A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, de 1993, marca tanto os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde, como estabelece formas rígidas de manutenção das

estruturas de financiamento em instância federal. Desde os primeiros momentos da implantação do SUS, consolidou-se o exercício da “descentralização tutelada”, expressão cunhada ainda no início dos anos 90, por Viana (1992).

A existência da Remume, institucionalizada por meio de norma, ainda não é fato em todos os municípios. Em metade dos que foram estudados, a lista padronizada existe, mas não de forma oficial. A característica encontrada na maioria dos municípios é que a Remume não é baseada, em 90%, na RENAME ou em elencos pactuados pela CIB, conforme parâmetro usado neste estudo, resultando na baixa do juízo de valor para esta dimensão.

No indicador que avalia a existência de medicamentos fracionados sem a data de validade, em 66,6% dos municípios da amostra, essa situação foi encontrada. A Vigilância Sanitária, estabelecida como a existente no sistema de saúde brasileiro, ainda não consegue fiscalizar e estabelecer normas eficientes para o controle dessa atividade, demonstrado na realidade encontrada em SC.

As unidades de saúde que contam com farmacêuticos em todos os municípios da amostra ficaram abaixo de 50%, e, em consequência, atribuiu-se juízo de valor roxo a todos, o que alerta que esse aspecto indicado precisa ser melhorado. Essa situação demonstra a realidade de muitos municípios catarinenses, onde a presença do farmacêutico ainda não é fato nas unidades de saúde, nem mesmo nos de maior população ou que ficaram com uma avaliação muito boa nesta dimensão. Mesmo quando o município tem farmacêutico, esses profissionais estão em atividades da coordenação da assistência farmacêutica, no NASF ou em unidades que dispensam medicamentos controlados ou de outros programas, como saúde da criança, tuberculose, AIDS/DST. A presença do farmacêutico na unidade básica de saúde, junto à equipe de Saúde da Família, é algo que precisa avançar.

Uma situação crítica encontrada em todos os seis municípios é a falta de mecanismos que registrem a produtividade do farmacêutico. Essa não é uma prática tradicional, como para outros profissionais do SUS, mas que necessita iniciar uma discussão sobre a importância desse registro para a gestão e para a manutenção dos processos de trabalho dos farmacêuticos.

O abastecimento de medicamentos das unidades de saúde, na maioria dos municípios, é estabelecido por um cronograma e elevou o juízo de valor na dimensão operacional nas questões técnicas e operacionais, que dão condição à execução da gestão da assistência farmacêutica. E, assim como os questionamentos feitos aos profissionais

de saúde com relação a sua percepção sobre a adequabilidade da quantidade e tipos de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde, geraram juízo de valor na coloração verde e alguns amarelos.

Os indicadores 13 e 14, na maioria dos municípios, tem um juízo de valor na coloração verde ou amarela, demonstrando que a relação da coordenação da assistência farmacêutica com os prescritores está acontecendo na disseminação de informações sobre os medicamentos. Mesmo assim, outras formas de articulação com esses profissionais podem acontecer, diminuindo as lacunas entre as duas áreas e formando, em conjunto, uma equipe mais sustentada para receber os usuários.

4.2.2.3. Análise da dimensão da sustentabilidade

A dimensão da sustentabilidade avalia o potencial que a gestão tem em sustentar as ações da assistência farmacêutica, o grau elevado de inter-relação da assistência farmacêutica com outros setores da saúde e satisfação com a qualidade dos serviços pelos usuários e trabalhadores (GUIMARÃES *et al.*, 2004, BARRETO e GUIMARÃES, 2010).

Os aspectos que influenciam a sustentabilidade estão relacionados: (i) à alternância política nos entes federados que proporcionam mudanças de gestão em descompasso, se considerar que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; (ii) às frequentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo a mudanças na condução dos mesmos, colocando em perspectiva os diferentes interesses; (iii) ao lento processo de adaptação das instâncias gestoras a novos instrumentos, decorrentes do permanente estágio de ‘aprimoramento’ do SUS (FELISBERTO *et al.*, 2009).

Esse tipo de abordagem para a gestão da assistência farmacêutica é algo inovador. A sustentabilidade das ações para obter melhores resultados é um tema pouco avaliado na área, e os indicadores tomados por Manzini (2013) do NEPAF/UFBA foram pouco modificados. A avaliação dos municípios por esta dimensão acabou sendo menor também.

A dimensão da sustentabilidade da matriz avaliativa é a mais semelhante ao material produzido pelo NEPAF. Os farmacêuticos participantes das oficinas tiveram menor argumentação para modificação na Matriz avaliativa. Isso pode ser explicado pela formação tecnicista imposta ao profissional e pela prática da gestão restrita, em

muitos casos, a ações logísticas da assistência farmacêutica (MANZINI, 2013). Os resultados obtidos, com esses indicadores são os menos utilizáveis pelos municípios, para argumentação nas tomadas de decisão.

Os resultados dos indicadores um e quatro apontaram para coloração verde em todos os municípios, demonstrando uma avaliação favorável, porém esses indicadores tratam de estratégias de comunicação, e as formas relatadas nos municípios não são institucionalizadas, não sendo uma forma real de sustentar as ações.

Os 2 indicadores antes relatados elevam o resultado geral para os municípios.

A falta de parceria e apoio por parte da coordenação estadual da assistência farmacêutica é resultado em todos os municípios, sendo um fato que deveria acontecer rotineiramente e que diminui a capacidade de sustentar a gestão da assistência farmacêutica municipal.

A maioria dos usuários entrevistados mostrou satisfação nos indicadores de sustentabilidade direcionados a eles. Porém pode acontecer um desvio de resultados, pois nem todas as pessoas que usam os serviços farmacêuticos no município participaram da pesquisa. Além disso, alguns podem acreditar que receber o medicamento é uma caridade e não um direito e desviar seus conceitos do que está bom ou ruim, interferindo na sua satisfação. Esse resultado elevou o juízo de valor dos municípios.

Por outro lado, a satisfação dos principais motivadores, os usuários, para os serviços de saúde deixa a gestão em situação favorável para conduzir, decidir e executar as ações, construindo uma capacidade de sustentar a assistência farmacêutica.

4.2.3. Aspectos Relevantes para a Gestão da Assistência Farmacêutica

4.2.3.1. Relação com a Gestão estadual

Em 2006 com a aprovação do Pacto da Saúde, um instrumento de política que pretende instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias, possibilitou que o Ministério da Saúde substituísse a estratégia adotada anteriormente, qual seja, a de induzir a tomada de decisões no âmbito estadual e municipal a partir de incentivos financeiros, por outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construído no espaço das Comissões Intergestores

Tripartite, ao nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites, em cada estado, mediante a assinatura de “Termos de Compromissos” pactuados politicamente (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O Pacto da Saúde (2006) recomenda nas suas diretrizes que os estados e a União devem apoiar os municípios para que estes assumam suas responsabilidades (BRASIL, 2006b).

Em junho de 2011, foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508, que dispõe sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de do COAP, que tem por objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa: estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria; apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar (BRASIL, 2011d).

A relação com a CIB e CONASEMS, que são instâncias de gestão com caráter colegiado, não foi relatada pelos municípios. A gestão estadual se mostra omissa na colaboração com os municípios, não é relatado nenhum projeto e nenhuma ação para estruturar e qualificar a assistência farmacêutica do Estado, além do repasse dos medicamentos e da aprovação dos processos do Componente Especializado.

O Decreto n 7.508/2011 traz as Regiões de Saúde como uma nova configuração para as Redes de Atenção à Saúde e que serão instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; vigilância em saúde. As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011d).

A expectativa atual das redes de atenção à saúde, em que o Estado tem papel essencial nas relações entre os municípios e lidera na organização das regiões de saúde, será praticamente impossível sem o

papel do estado mais ativo enquanto ente líder e participativo dos projetos e processos envolvidos com a gestão da assistência farmacêutica. O repasse de medicamentos por si só não pode configurar uma parceria efetiva para a gestão. A ausência de atuação neste campo do Estado é plenamente percebida e relatada pelos municípios.

O debate em torno de mudanças na estrutura organizacional do sistema como um todo, com eventual redefinição das relações intergovernamentais, assim como a introdução de mudanças na estrutura organizacional do Ministério de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde é, portanto, o ponto de partida para a adoção de medidas que resultem no fortalecimento da capacidade de governo das instituições gestoras do SUS em seu respectivo âmbito de atuação (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

4.2.3.2. Controle Social

Na área da saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, é considerada um momento histórico em termos de democratização, pois vários movimentos populares tiveram uma participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária no Brasil, abrindo-se a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao tradicionalmente autoritário e excludente. Naquele momento, o “controle social” foi considerado como uma conquista, sendo a principal estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, objetivos centrais daquela Reforma (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

Para a Lei n. 8.142/90, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, composto por representantes do governo, e tem caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990b). A participação social faz parte do elenco de ações de natureza política e estratégica, mas não vêm sendo bem desenvolvidas e valorizadas pelas gestões da assistência farmacêutica e que são essenciais na gestão de programas e políticas públicas, a exemplo do SUS, cujo desenho prevê compartilhamento, corresponsabilidades e participação social (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Os conselhos de saúde podem significar uma possibilidade de avanços para a gestão. É importante para a assistência farmacêutica reconhecer o controle social como um possível aliado e como uma relação estratégica para fortalecer e inovar, para que, realmente, a população reconheça o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos como um direito.

Nos municípios estudados, nenhum farmacêutico relatou ter participação ativa no Conselho de Saúde; não foram relatadas discussões de estruturação de algum serviço de assistência farmacêutica e, quando houve, foi o Conselho que chamou para alguma questão muito específica. As contas da assistência farmacêutica não são claras e, quando discutidas no Conselho, os farmacêuticos não ficam sabendo, ou seja, não aplicam a participação social via conselhos como estratégia para o desenvolvimento e a sustentabilidade da gestão. O Conselho de Saúde é tido como um anexo externo ao sistema de saúde, coisa à parte, uma obrigação burocrática e não como uma aliança importante e parte intrínseca da gestão do SUS.

4.2.3.3. Informalidade da gestão

A problemática da “institucionalidade” do SUS abarca um conjunto de aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial, isto é, à prática de gestão do sistema, processo complexo que, se por um lado pretende adotar como referencial os princípios incorporados à legislação do SUS, quais sejam, descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação social no processo decisório, por outro reproduz práticas políticas arraigadas na cultura organizacional do Estado brasileiro, notadamente na área social (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

A comunicação com os usuários é um exemplo da informalidade da gestão e falta de institucionalidade dos processos e decisões, ficando evidente, neste estudo, que quando o município é pequeno, a relação com os usuários é pessoal e reconhecida. Muitos usuários consideraram mecanismos de comunicação o fato de conversar com os profissionais, que naquele momento era uma forma resolutiva. Entretanto, não é institucionalizado, mas existem e podem ser reconhecidos como mecanismos informais e caracterizados como um clientelismo, que é uma forma de alguns atores sociais, chamados “clientes”, obterem benefícios facilitados, por estarem desempenhando funções importantes na sociedade ou terem os contatos necessários para obter vantagens dentro do sistema público (D’AVILA FILHO *et al.*, 2004).

Esse formato de comunicação com o usuário pode até ser resolutivo naquele momento, mas, de um modo geral, é incerto e dependente das relações de poder estabelecidas entre os que estão na administração pública e os que dependem dela. Os resultados positivos nos municípios pequenos para estes indicadores não significam uma

tranquilidade, pois, se a equipe de saúde ou a população do município cresce, se mudam os administradores públicos (o que é dificultado pelo próprio sistema de manutenção das relações de poder) esse processo já não existirá mais e o que foi construído não é estável.

Coelho e Paim (2005) constataram em seu estudo que muitas decisões são tomadas com base em questões de competência técnica ou outras, como a “fidelidade” instituída em certos grupos, ou a “confiança” que facilitava a autonomia. Ainda foram estabelecidos diferenciais importantes de comportamento, que caracterizaram, em certos momentos, um “jogo de compadres”, ou seja, mecanismos informais de relacionamento de grupos. Às vezes transformavam-se em estereótipos e estendiam-se para além dos elementos concretos da gestão, conferindo a condição de “compadres” não apenas para aqueles em quem se confiava, mas também que compartilhavam de interesses políticos e pessoais.

Nos municípios maiores, o usuário quando questionado já não sabe com quem deve se comunicar; o processo já não é tão claro e transparente, porque não dá para depender somente das relações pessoais. Em alguns lugares, os mecanismos institucionalizados, como uma caixinha de sugestões ou ouvidorias, existem, mas não são formas incentivadas; é distante da população.

A parceria com a população também é um grande motivador da gestão e o processo de escuta, nesse caso, é chave. Landim e Guimarães (2011) acreditam que falar é normalmente considerado mais importante do que ouvir. No entanto, é ouvindo que se identificam as necessidades do outro. Ouvir é tão importante quanto falar. E ouvir, aqui, significa de fato escutar, incorporar, apreender. Não é estar calado simplesmente. E falar não é impor, é argumentar. É estabelecer um diálogo e não um monólogo. Destacam, ainda, Landim e Guimarães (2011), o papel da liderança para escutar, mediar, agregar e influenciar positivamente as pessoas, com vistas à transformação da realidade organizacional e das relações sociais de produção de cuidados à saúde da população.

O ouvir e o falar entre os profissionais da rede também foi alvo da Avaliação e revelou também a predominância de processos informais e dependentes de vontade pessoal dos envolvidos, especialmente nos municípios menores. A agenda aberta do secretário de saúde para maior comunicação com os usuários é um processo encontrado com facilidade, mas que pode gerar um viés de clientelismo e favorecimento dos pares.

4.2.3.4. O Papel do farmacêutico

Particularidades relacionadas à constituição das profissões no Brasil, explicadas em relação aos capitais acumulados pelos que exercem as ações de saúde, ajudam a compreender a posição de fragilidade do grupo farmacêutico e sua dificuldade em resistir ou se recompor frente ao impacto da indústria farmacêutica e seus reflexos sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde. Paralelamente, a supervalorização dos medicamentos como produtos de consumo, particularmente a partir do século XX, também teria favorecido a depreciação do papel do profissional farmacêutico (SANTOS, 2011).

Ao farmacêutico coube se especializar cada vez mais no medicamento ou, simplesmente, se limitar à sua venda, desvinculando-se do objetivo final e direto dos serviços de saúde. Essa ruptura na prática farmacêutica necessariamente corresponderia a uma ruptura no sentido atribuído ao termo “assistência farmacêutica” (SANTOS, 2011).

Para Pereira e Freitas (2008) como justificativa social, o farmacêutico deve ser incorporado nas ações de saúde, contribuindo para a redução de custos, pois é um profissional de nível superior com sólida formação na área do medicamento e, muitas vezes, o único com quem o paciente tem contato fora do serviço de saúde. Como pano de fundo dessa problemática, os farmacêuticos se afastaram da equipe de saúde, dando início à crise profissional com progressiva perda de espaço.

O farmacêutico pesquisado nesse estudo só está desempenhando suas atividades na gestão, mas esse farmacêutico da gestão, em geral, tem acúmulo de funções, tem vários papéis, que não são bem definidos. Seu reconhecimento é mais facilmente observado como gerenciador da distribuição de produtos e poucos investimentos no papel do farmacêutico, no contato com o usuário e na dispensação, foram encontrados nos municípios avaliados. Isso se reflete nos processos de comunicação com o usuário e com as equipes descritos acima e dele próprio como partícipe no processo de atenção à saúde.

Nakamura (2013) observou, em seu estudo, um dilema na definição do processo de trabalho para o farmacêutico que atua no NASF, já que, ao atuar assistencialmente, tem sua contribuição ampliada e reconhecida, porém, ao mesmo tempo, se mantém ausente do cotidiano dos serviços das farmácias, considerando que é responsável por várias equipes de ESF e farmácias nos diversos US. Assim, o farmacêutico acaba atuando em dois âmbitos diferentes: como um farmacêutico que visa estruturar as farmácias e como um farmacêutico

que visa apoiar as equipes de ESF em suas atividades. Esses acúmulos de função do farmacêutico geram possibilidades de desempenhar muitas tarefas, mas faz com que não tenha nenhuma ação concreta para o desenvolvimento da assistência farmacêutica.

Ao mesmo tempo em que ficam evidentes as limitações de condições de trabalho, também se evidencia que os farmacêuticos utilizam pouco as possibilidades, os mecanismos e instrumentos de gestão existentes. Não se apropriam delas, não interagem com o controle social e não identificam os instrumentos formais disponíveis como uma chance de avanço para a área. A iniciativa de registro de suas atividades não acontece, mesmo no caso da capital do Estado, que tem um sistema informatizado permite que o farmacêutico interaja com o prontuário do paciente e assim intervenha nos processos terapêuticos. É utilizado para fazer a programação, mas não para a clínica nem para a gestão, como instrumento de intervenção, de comunicação com os outros profissionais, como instrumento de matriciamento para o NASF.

O Plano Municipal de Saúde também não é utilizado como um instrumento de contribuição para a gestão. Segundo o Ministério da Saúde, o Plano de Saúde é o instrumento que norteia o planejamento e o estabelecimento de metas para a saúde (BRASIL, 2006a). A Lei n 8.080/90 estabelece que os planos de saúde sejam a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (BRASIL, 1990a).

Portanto, uma gestão que não utiliza o Plano ou que seus farmacêuticos não o conhecem é o mesmo que trabalhar sem saber sua função e para onde vai caminhar seu trabalho. Existe um pequeno movimento participativo na construção dos Planos de Saúde, mas os próprios farmacêuticos não reconhece o Plano de Saúde como guia. Para Matus, a gestão deve ter um projeto de governo, que se traduz como a necessidade de ter direção, projetos claros e um conjunto de leis que oriente e sustente as decisões (GUIMARÃES, 2004). Se o farmacêutico não utiliza o Plano de Saúde significa que sua gestão não tem projeto, não sabe onde precisa chegar e que ações são necessárias no caminho.

A qualificação profissional dos farmacêuticos é uma realidade encontrada na maioria dos municípios. As oportunidades de qualificação, nos últimos anos, aumentaram muito; os municípios têm estratégias e incentivo financeiro para tanto, assim como algumas iniciativas federais têm proporcionado oportunidades para todas as categorias profissionais.

Os resultados encontrados sobre a falta de conhecimento do Plano pelos farmacêuticos; o não reconhecimento do controle social

como parceiros; utilizar pouco e como uma obrigação burocrática os instrumentos de gestão disponíveis, já que não é motivado, não entende como usar, não se vê naquele papel; além do acúmulo de funções do farmacêutico sem nem saber por quê, indicam que a formação universitária e qualificação que estes profissionais têm recebido ainda é muito tecnicista e focada nos processos operacionais.

É necessário um investimento na formação e constituição de sujeitos, lideranças, técnicos, gerentes, enfim, dotados de capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma

Sanitária e a defesa do SUS democrático, qualificados a atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema.

Trata-se da chamada “profissionalização da gestão do SUS”, que já vem sendo discutida há alguns anos, sem que tenham sido adotadas medidas concretas para a criação da carreira de “gestor do SUS”, o que implicaria a valorização dos profissionais que se dedicam cotidianamente às atividades de caráter gerencial nas diversas esferas de gestão e nos diversos níveis organizacionais do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Este é tema que tramita atualmente no Congresso Nacional, mas ainda com uma perspectiva limitada para a carreira do médico no serviço público.

Segundo Santos (2011) a falta de um consenso ou, minimamente, um projeto nacional para a formação/profissão farmacêutica, a tradição na formação tecnicista e biológica, as diferentes interpretações das Diretrizes Curriculares Nacionais, por vezes excessivamente simplistas e por vezes tão abrangentes quanto impossíveis de operacionalizar, bem como o grande crescimento do número de Cursos de Farmácia no setor privado, não obrigatoriamente vinculados às necessidades sociais, ainda fazem do ensino farmacêutico, um dos grandes desafios para a profissão farmacêutica no Brasil, no atual século. Neste desafio inclui-se a necessidade de se pensar e agir numa perspectiva de construção e consolidação de uma concepção ampliada de Assistência Farmacêutica, que busque respostas técnicas às questões do acesso e uso racional de medicamentos, sob uma ética de justiça social e solidariedade.

A gestão da assistência farmacêutica é norteadada pela necessidade de qualificação técnica dos profissionais, porém deve estar aliada ao desenvolvimento de habilidades e competências estratégicas e políticas (FARIAS *et al.*, 2011). O farmacêutico aprendeu e se capacitou com um viés tecnicista muito forte. A gestão acontece em todos os lugares, mesmo não alcançando os objetivos esperados, ela é inerente. As dificuldades encontradas podem ser fruto de um histórico da

formação do farmacêutico, da característica técnica dos serviços, e, ainda, é preciso evoluir nas questões da gestão.

Guimarães e colaboradores (2004) apontam que gestão tem contradições em diferentes áreas. A administração toma um caráter mais operacional e instrumental. Para as ciências políticas, a gestão se traduz em aspectos menos procedimentais, privilegiando a discussão sobre o poder e sua legitimidade. As duas concepções devem ser unidas, tomando como ideia geral para a gestão e não somente os aspectos técnicos. A abordagem tecnicista na assistência farmacêutica não pode ser a gestão propriamente dita e sim fazer parte do processo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de avaliação utilizado, construído de forma participativa e baseado nos preceitos de uma gestão ampliada e desvinculada da herança clássica, foi primordial para orientar a avaliação. Os municípios, a partir desse momento, poderão utilizar como guia, os resultados para a construção de gestões inovadoras e evolução do fazer assistência farmacêutica.

Com a aplicação do modelo nos municípios, pode-se perceber que os indicadores ainda não são sensíveis para as diferentes realidades dos municípios estudados, precisam estar mais adequados para o nível de complexidade do sistema, mesmo tendo passado por adaptações e atualizações.

Ao observar a amostra de municípios utilizada, percebe-se que o menor município, com 4.193 mil habitantes, e o maior, com 421.240 mil habitantes, são realidades não comparáveis, e os indicadores não expressam suficientemente essa diferenciação. Santa Catarina tem, historicamente, municípios com realidades diferentes em economia, população e serviços de saúde, e cada particularidade deve ser avaliada por indicadores e parâmetros que destaquem suas características próprias.

Manzini (2013) acredita que o modelo de avaliação aqui adotado não é estanque. Os indicadores, as medidas e os parâmetros são reflexos do momento atual de discussão da assistência farmacêutica, incluindo os aspectos normativos e legais vigentes, bem como refletem as referências teóricas de gestão e avaliação adotadas.

O fato de se ter um modelo de avaliação é importante, pois o processo avaliativo é baseado em indicadores preconizados e em concepções pré-definidas, teoricamente fundamentadas, mas o detalhamento do indicador e a parametrização devem ser específicos para a realidade. Um modelo comparativo só funciona em municípios com características muito semelhantes e, portanto, os indicadores aqui utilizados não se mostraram eficazes na diferença da realidade prática. Ou seja, a gestão da assistência farmacêutica em um município de 3000 habitantes é diferente da de um município de 500 mil habitantes.

A necessidade de adaptar o modelo à realidade que se quer avaliar especificamente é evidente. Por isso a avaliação interna e por interesses específicos, partindo do serviço, é mais bem incorporada do que o fato de utilizar métodos de avaliação para a comparação de realidades. É preciso que a ideia de avaliação fique inerente à construção

dos serviços e programas e possa contribuir com as tomadas de decisão para a evolução do sistema de saúde.

A visão do ciclo da assistência farmacêutica fechado hermeticamente impossibilita fazer uma gestão partilhada, com autonomia decisória e com questões sociais e políticas envolvidas no fazer gestão. É preciso evoluir na discussão de gestão como prática social.

As técnicas operacionais, simplificadas no ciclo da assistência farmacêutica, são serviços necessários à prática da gestão e não ela propriamente dita. Nesse sentido, o farmacêutico não se sente gestor, pois o referencial é técnico e porque ele acredita que a gestão é do sistema público, não da assistência farmacêutica. Toda tomada de decisão exige uma atenção às relações institucionais, à equipe, às articulações existentes, ao impacto que a decisão pode gerar. Portanto, não é um elemento individual técnico que será primordial para tomar as decisões.

Uma seleção de medicamentos perfeita, feita com todos os aspectos técnicos, conforme indicado, com revisão na literatura, base de dados minuciosos, estudos farmacoeconômicos, não será a melhor seleção se não tiver apoio do gestor, da corporação médica, dos recursos empregados, se a equipe de aquisição não concordar com as especificações, se a equipe de saúde não entender o porquê dos novos medicamentos, os usuários não aderirem aos novos tratamentos e às substituições. O conjunto técnico são operações, os elementos do ciclo são serviços necessários, mas exigem habilidades e ações do campo político e das relações sociais para seja efetivado na prática.

Relembrando o referencial de gestão adotado nesse estudo, como um processo técnico, político e social, a gestão da assistência farmacêutica em SC tem seus aspectos técnicos mais bem definidos e incorporados institucionalmente. A gestão ainda tem influencia Taylorista a partir dos conceitos da administração clássica e seus procedimentos operacionais, considerando com o mesmo rigor e a mesma importância outros aspectos mais estratégicos. Essa herança é observada na formação do profissional farmacêutico, na prática do fazer gestão como um ciclo gerando um resultado na forma de entrega de um produto e na falta de olhar a assistência farmacêutica como uma política social voltada à saúde da população e que faz parte do atual sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Joslene. Lacerda. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos. 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BARRETO, Joslene. L.; GUIMARÃES, Maria. Carmo. Lessa. Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BLATT, Carine Raquel. Avaliação da Assistência Farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002 a 2004. 2005. 208 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BLATT, Carine Raquel; CAMPOS, Célia Maria Teixeira de; BECKER, Indianara. Programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. In: Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

BRASIL. ANVISA. Lei nº. 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 de dezembro de 1973.

BRASIL. Decreto Presidencial nº. 85878, de 07 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de abril de 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8142, de 28 de Dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na

área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de junho de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, 05 de novembro de 1996. Define o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, 2003.

BRASIL. ANVISA. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de dezembro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 44 de 17 de agosto de 2009d. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010a. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de dezembro de 2010.

BRASIL. ANVISA. Lei n. 12.305, de 02 de agosto de 2010b. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de agosto de 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, DF: CONASS, 2011a.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Descarte de Medicamentos. Brasília. 2011b. 18 slides. Apresentação em Power-point.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº. 12.401, de 28 de abril de 2011c. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de abril de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011d. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de junho de 2011.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. Avaliação – algumas concepções sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luiz. A odontologia e a Estratégia de Saúde da Família. Tubarão: Ed. Unisul, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O estado e a atenção à saúde: conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios . In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da Reforma: Repensando a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.

CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; BROUSELLE, Astrid; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DENIS, Jean-Louis. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COELHO, Thereza Christina Bahia; PAIM, Jairnilson Silva. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p.1373-1382, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

COSTA, Karen; NASCIMENTO JÚNIOR, Miguel do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, v. 46(supl), 2012.

COSTA, Luiz Henrique. Avaliação da Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau / SC, 2001. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

D'AVILA FILHO, Paulo; JORGE, Vladimir Lombardo; COELHO, Ana Fernanda. Acesso ao poder. Clientelismo e democracia participativa desconstruindo uma dicotomia. Revista de Ciências Sociais, v. 4, n. 2, 2004.

DE BERNARDI, Carmen; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17 a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Rev. Saúde e Sociedade v.15, n.1, p.73-83, 2006.

DIAS, Emerson. Conceitos de Gestão e Administração: Uma Revisão Crítica. Revista Eletrônica de Administração – Facef , v. 01, n.01, 2002.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine 114:1115-1118, 1990. Apud SELEGHIM, Maycon Rogerio; TEIXEIRA, Jessica Adrielle; MATSUDA, Laura Misue; INOUE, Kelly Cristina. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 122-131, 2010.

FARIAS, Marení Rocha.; REIBNITZ, Kenya Schmidt; VIEIRA, Eleonora Milano Falcão.; MORAES, Marialice de; GUIMARÃES, Maria Carmo Lessa; LEITE, Silvana Nair. Conhecendo o curso. In: Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - Especialização a distância [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

FELISBERTO, Eronildo.; FREESE, Eduardo.; BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque., ALVES, Cinthia Kaline de Almeida; SAMICO, Isabela. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, v.9, n.3, p. 339-357. 2009.

FELISBERTO, Eronildo. Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008. 2010. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de (org). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Ed. MedBook, 2010.

FURTADO, Juarez Pereira; ONOCKO-CAMPO, Rosana Teresa; MOREIRA, Maria Inês Badaró; TRAPÉ, Thiago Lavras. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p.102-110, 2013.

GONÇALVES, A.A. Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra. 1995.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, Sage, 1989.

GUIMARÃES, Maria. Carmo. Lessa; SANTOS, Sandra Maria Chaves; MELO, Cristina; SANCHES FILHO, Alvino. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 109-118, 2004.

GUIMARÃES, Maria. Carmo. Lessa. Resumo Executivo: Indicadores para avaliar a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um modelo em construção. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal da Bahia, 2007.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; LEITE, Silvana Nair. Gestão da Assistência Farmacêutica. In: Gestão da Assistência Farmacêutica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011.

IBGE. Cidade@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

JUNQUILHO, Gelson Silva. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. Rev. Gestão e Produção, v.8, n.3, p. 304-318, 2001.

LANDIM, Edivânia Lucia Araújo Santos; GUIMARÃES, Maria Carmo Lessa; Gestão da Assistência Farmacêutica. In: Gestão da Assistência Farmacêutica - Especialização a distância [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

LEITE, Silvana Nair; MAFRA, Ana Cristina. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. Ver. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n.1, p.1665-1672, 2010.

MACEDO, Eloisa Israel de; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Rev. Saúde Pública, v. 45, n.4, p.706-13, 2011.

MANZINI, Fernanda. Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: desenvolvimento de um modelo para avaliação da capacidade de gestão. 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARIN, Nelly; LUIZA, Vera Lucia; SORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; MACHADO-DOS-SANTOS, Silvio (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARTINS, Maria da Graça de Holanda; FERRAZ, Serafim Firmo de Sousa; OLIVEIRA, Francisco Correia de; FORTE, Sérgio Henrique Arruda Cavalcante. Revisitando Taylor, passado ou presente? Revista de Ciências Administrativas. V.8, n.1, 2002.

MATUS, Carlos. Política, Planejamento & Governo. Brasília: Ed. IPEA, 1993.

MEDINA, Maria Guadalupe; SILVA, Gerlucé Alves Pontes; AQUINO, Rosana; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORATELLI, Ana Maria Berté; INÁCIO, Deborah Bunn. Gestão da Assistência Farmacêutica. 2010. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Farmácia)- Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

MUSSA, Adriano; TROVÃO, Ricardo. Técnicas da Administração Científica: Um Estudo de Caso Em Uma Empresa do Setor de Call Center. Artigo apresentado no III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia (SEGeT)-Rio de Janeiro, 16 a 18 de out de 2006.

NAKAMURA, Carina Akemi. O que faz o farmacêutico no NASF? Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um município do sul do Brasil. 163 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Departamento de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

NASCIMENTO JÚNIOR, José Miguel do. Avaliação da Assistência Farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC. 2000. 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

NATAL, Sônia, SAMICO, Isabela; OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de; ASSIS, Ana Maria Johnson de. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.560-571, 2010.

NOVAES, Hillegonda Maria. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 547-55, 2000.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE). Working party on aid evaluation. glossary of key terms in evaluation and results based management. Paris: Development Co-Operation Directorate/OCDE, 2002. Disponível em: <www.oecd.org/dac/evaluation>. Acesso em: 17abril. 2013.

OLIVEIRA, Luciene Cristina Feltrin; ASSIS, Marluce Maria Assis; BARBONI, André Rene. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um município da Bahia, Brasil. *Rev Baiana de Saúde Publica*, v.34, n.4, p.853-864, 2010.

OLIVEIRA, Jardel Corrêa de; GROCHOCKI, Mônica Holtz Cavichiolo; PINHEIRO, Rafael Mota. Seleção de medicamentos. In: *Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Rev. The lancet*. V. 21;n. 377, p. 1778-97, 2011.

PEPE, Vera Lucia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Miriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. v. 44, n. 4, 2008.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: COOPMED, p. 09-30, 2003.

PLUYE, Pierre; POTVIN, Louise; DENIS, Jean-Louis. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning, Amsterdam*, v. 27, n. 2, p. 121-133, 2004.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking do IDH dos Municípios do Brasil. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municípios_Brasil_2000.aspx?indic eAccordion=1&li=li_Ranking2003. Acesso em: 13 jun. 13

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD S. (Org). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

QUELUZ, Thais Helena Abrahão Thomaz; LEITE, Silvana Nair. Uso Racional de Medicamentos: conceito e alguns elementos para discussão. In: LEITE, S. N. (Org.); CORDEIRO, B. C. (Org.). O Farmacêutico na atenção à saúde. 1. ed. Itajaí: Ed. da UNIVALI, 2008.

REED, M. “The labour process perspective on management organization: a critique and reformulation”. In: HASSARD, J. & PYM, D.: The theory and philosophy of organizations: critical issues and new perspectives. London: Routledge, 1995. Apud JUNQUILHO, Gelson Silva. Gestão e ação gerencial nas organizações contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. Rev. Gestão e Produção, v.8, n.3, p. 304-318, dez. 2001.

REIS, Adriano Max Moreira; PERINI, Edson. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 603-610, 2008.

RONSEIN, Juanna Gabriela. Análise do perfil das solicitações de medicamentos por demanda judicial no estado de Santa Catarina no período de 2005 a 2008. 2010. 213 p. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SANTANA, Rafael Santos. Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contribuições para o Sistema Único de Saúde. 2013.p 102. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2013.

SANTOS, Ronald Ferreira dos. Análise dos serviços do SUS relacionados às ações de Assistência Farmacêutica em municípios de Santa Catarina em 2001. 2003. 122 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTOS, Rosana Isabel dos. Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro. 2011. 172 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, Camila. da Silveira.; GONTIJO, Tarcicio Laerte; FRANCO, Elaine Cristina Dias; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. Registro de atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica. Ver. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 2, p.331-5, 2012.

SARTOR, Vanessa de Bona. Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS. 2010. 172 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCHRAIBER, Lilia Bilma, PEDUZZI, Marina, SALA, Arnaldo, NEMES, Maria Ines B., CASTANHERA, Elen Rose L., KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 4, n.2, p. 221-42, 1999.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Rev. Social Science and Medicine*. V. 45, n. 12, p.1829-1843, 1997.

SOLLA, Jorge. Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

TAVARES, Oscar Manuel da Conceição. Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviços de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. 2008. 172 p. Dissertação. (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. 2008.

TEIXEIRA, Lilia Sibebe Cardoso.; GUIMARÃES Ana Luiza Caverzan; NOGUEIRA, Fenando Mendes; CARDOSO, Gracilene Lobato; COSTA, Inara Creão; FREITAS, Jose Augusto Pires; SANTOS, Kleifer Braum; MAGALHÃES, Meire Lopes. Satisfação dos usuários e profissionais de saúde em um programa de saúde da família (PSF). *Rev. Paraense de Medicina*, v.20, n. 1, p. 59-59. 2006.

TORETI, Indianara Reynaudi. Descrição e avaliação das atividades de Assistência Farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais no Município de Içara - SC no período de 2004 – 2005. 2006. 191 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUERIA, Luciano Antonio Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p.893-902, 2007.

UETA, Julieta; HOEPFNER, Ligia.; BERNARDO, Noemia Liege. Dispensação de Medicamentos. In: *Serviços farmacêuticos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medira qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p.559-613,2005.

VEBER, Ana Paula. Assistência Farmacêutica e Planejamento: limites e possibilidades em municípios catarinenses. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Departamento de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VEBER, Ana Paula; DIEHL, Eliana; LEITE, Silvana Nair; PROSPERO, Elisete Navas Sanches. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Rev. Braz. J. Pharm. Sci*, v.47, n.1, p. 75-80, 2011.

VEBER, Ana Paula; LACERDA, Josimari; CALVO, Maria Cristina. Planejamento em Saúde. In: *Gestão da Assistência Farmacêutica [Recurso eletrônico] /Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

VIANA, Solon Magalhães. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*, Londrina, v.35: 35-38, 1992.

VIEIRA, Fabiola Supino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 24, n.2, p.91-100, 2008a.

VIEIRA, Marlene Rosimar da Silva.; LORANDI, Paulo Angelo; BOUSQUAT, Aylene. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1419-1428, 2008b.

WANNMACHER, Lenita. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Brasil: OPAS/OMS, 2006.

WHO. World Health Organization. The use of essential drugs. Who technical report series. Sixth report of the WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1621-1628, 2002.

APÊNDICE A - Descrição dos itens avaliados para o indicador 5 da dimensão operacional no município 6.

	Regional	Aparelho de ar condicionado	Termômetro digital	Armário com chave para os medicamentos controlados	Geladeira própria para os medicamentos termolábeis	Itens Elegíveis	Itens pontuados	Pontos
Unidade 1	Leste	sim	não	Não dispensa controlados	Não dispensa termolábeis	2	1	50%
Unidade 2	Centro	sim	sim	sim	sim	4	4	100%
Unidade 3	Centro	sim	sim	sim	sim	4	4	100%
Unidade 4	Leste	sim	sim	sim	sim	4	4	100%
Unidade 5	Sul	sim	não	Não dispensa controlados	sim	3	2	66,6%

ANEXO A - Matriz avaliativa da dimensão organizacional



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A Coordenação da AF está instituída formalmente na estrutura administrativa da SMS?	1. Condição de existência da Coordenação da AF na SMS.	Indicador de existência de condições normativas (5 pontos)	<p>- Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador.</p> <p>- Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador.</p> <p>- Não há cargo ou função de gestor da assistência farmacêutica, mas a um farmacêutico referido no município para questões da farmácia</p>	<p>Coordenação instituída por norma ou atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 100% dos pontos / verde</p> <p>Coordenação não instituída por norma ou não atribuição de cargo comissionado ao coordenador: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Não há reconhecimento das funções de gestão da Assistência Farmacêutica: não pontua / vermelho</p>	A Coordenação da AF instituída por meio de norma e a atribuição de cargo comissionado ao coordenador ou funcionando informalmente, embora assumindo seu papel de órgão responsável pela AF, indica o reconhecimento da área pela instituição e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.	<p>- Entrevista com coordenador da AF</p> <p>- Entrevista com Secretário de Saúde</p> <p>- Documento de institucionalização da coordenação de AF</p>

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A Coordenação de AF decide sobre questões relevantes concernentes a AF no âmbito da SMS?	2. Grau de autonomia decisória da Coordenação de AF.	Indicador de autonomia (10 pontos)	<p>Sim / Não</p> <p>Tipos de questões referidas:</p> <p>1- Formulação de diretrizes para a organização da AF no município.</p> <p>2- Seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para as US.</p> <p>3- Acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias / US sobre as ações da AF.</p>	<p>Sim para todas as questões: alto grau de autonomia: 100% dos pontos / verde</p> <p>Sim para pelo menos dois tipos de questões: médio grau de autonomia: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Sim para uma das questões: baixo grau de autonomia: 25% dos pontos / roxo</p> <p>Nenhuma das questões referidas: autonomia inexistente: não pontua / vermelho</p>	Uma maior autonomia da Coordenação da AF para decidir sobre questões relativas à formulação de diretrizes para a AF no município, aos serviços farmacêuticos e ao acompanhamento e orientação e supervisão das farmácias das US confere um aumento na capacidade de decidir em áreas de interesse da AF.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Qual é a profissão do coordenador da AF?	3. Profissão do coordenador da AF.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> - Farmacêutico. - Outra profissão da área da saúde. - Outra profissão que não seja da área da saúde./Qualquer outra situação. 	<p>Farmacêutico: 100% dos pontos / verde</p> <p>Outra profissão da área da saúde: 50 % dos pontos / amarelo</p> <p>Qualquer outra situação: não pontua / vermelho</p>	O farmacêutico, enquanto coordenador da AF, evidencia o papel do profissional junto a SMS para uma melhor gestão na área. Por mais que a AF seja uma área de atuação multiprofissional, o farmacêutico é o profissional com maior qualificação técnica para o conjunto de atividades relacionadas com a área.	Entrevista com coordenador da AF
Os farmacêuticos e coordenadores de US conhecem a Coordenação da AF?	4. Conhecimento da existência da Coordenação da AF segundo farmacêuticos e coordenadores de US.	Indicador de conhecimento (8 pontos)	Número de farmacêuticos e coordenadores de US que conhecem a existência da Coordenação da AF /Total de informantes x100	<p>100% de respostas positivas: 100% dos pontos /verde</p> <p>Abaixo de 100%: não pontua / vermelho</p>	<p>Maior percentual de farmacêuticos e coordenadores de US que conhecem a existência da Coordenação da AF indica maior visibilidade da Coordenação, atende ao princípio da transparência e amplia sua capacidade de decidir.</p>	<p>- Entrevista com farmacêuticos</p> <p>-Entrevista com coordenador da US</p>
A CFT existe formalmente na SMS do Município?	5. Existência formal da CFT na SMS.	Indicador de existência de condições normativas (5 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> - Oficial: portaria ou nomeação dos membros da CFT. - Não oficial - Não existe 	<p>Oficial: 100% dos pontos / verde</p> <p>Não oficial: 75% dos pontos / amarelo</p> <p>Não existe: não pontua / vermelho</p>	A existência de CFT municipal formal e sua atuação indicam o reconhecimento institucional das questões relativas a medicamentos e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.	<p>- Entrevista com coordenador da AF</p> <p>- Portaria de instituição da CFT</p>

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A CFT funciona regularmente?	6. Regularidade de funcionamento da CFT no último ano.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	<p><u>Municípios com mais de 100.000 habitantes:</u></p> <p>- Acima de 6 (seis) reuniões anuais: regular</p> <p>- Abaixo de 6 (seis) reuniões anuais: irregular</p> <p><u>Municípios com menos de 100.000 habitantes:</u></p> <p>- Acima de 3 (três) reuniões anuais: regular</p> <p>- Abaixo de 3 (três) reuniões anuais: irregular</p>	<p>Regular: 100% dos pontos / verde</p> <p>Irregular/Não existe: não pontua / vermelho</p>		Entrevista com coordenador da AF
Os farmacêuticos participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde?	7. Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde.	Indicador de participação (10 pontos)	<p>- Participou das atividades da elaboração do Plano Municipal de Saúde</p> <p>- Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF.</p> <p>- Farmacêuticos não</p>	<p>Participou das atividades da elaboração do Plano Municipal de Saúde: 100% dos pontos / verde</p> <p>Subsidiou tecnicamente a elaboração do capítulo de AF: 50% dos pontos</p>	A elaboração do Plano Municipal de Saúde de forma participativa, com uma equipe multiprofissional, indica que um instrumento de gestão foi elaborado de forma integral e objetivando cumprir as metas estabelecidas, o que soma para a capacidade de decidir a gestão da AF.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
			participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde.	/ amarelo. Farmacêuticos não participaram da elaboração do Plano Municipal de Saúde: não pontua / vermelho		
Os farmacêuticos conhecem o Plano Municipal de Saúde?	8. Conhecimento do Plano Municipal de Saúde segundo farmacêuticos.	Indicador de conhecimento (8 pontos)	Nº de farmacêuticos que conhecem o Plano Municipal de Saúde /Total de informantes x100	100% de respostas positivas: 100% dos pontos /verde Abaixo de 100%: não pontua / vermelho	O conhecimento do Plano Municipal de Saúde pelos farmacêuticos indica que os profissionais possuem informação sobre as metas estabelecidas e pactuadas, o que soma para a capacidade de decidir a gestão da AF.	Entrevista com farmacêuticos
A Coordenação da AF participa nas discussões/ decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município?	9. Participação da Coordenação da AF nas discussões/ decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município (em outros setores da SMS).	Indicador de participação (10 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	A participação da Coordenação da AF nas discussões das pactuações do município em relação conjunto aos outros setores da SMS indica ampliação, compartilhamento e transparência no processo decisório o que soma para a capacidade de decidir em ambiente democrático.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existe programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF?	10. Realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	A realização de programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF indica manutenção do abastecimento de medicamentos, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades e garante maior capacidade de decidir da gestão da AF.	Entrevista com coordenador da AF
A programação de medicamentos é feita com base em critérios técnicos?	11. Utilização de critérios técnicos na elaboração da programação de medicamentos.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	- Utilização de métodos de programação de medicamentos: a) perfil epidemiológico b) oferta de serviços c) consumo histórico d) consumo ajustado - Não utilização de métodos de programação.	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	A programação de medicamentos realizada com base em critérios técnicos recomendados indica condições favoráveis ao atendimento das necessidades dos usuários com vistas a assegurar o acesso a medicamentos, o que soma para a capacidade de decidir da AF.	- Entrevista com coordenador da AF -Farmacêuticos

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Quem define os parâmetros de programação para distribuição dos medicamentos a serem distribuídos para as US?	12. Responsável (is) pela definição dos parâmetros de programação para distribuição de medicamentos às US.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> - Definição feita em conjunto com a US e com a coordenação da AF. - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US. - Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela coordenação da AF. 	<p>Definição feita em conjunto com a US e com a coordenação da AF: 100% dos pontos / verde</p> <p>Definição da quantidade de medicamentos feita somente pela US ou somente pela coordenação da AF: não pontua / vermelho</p>	A realização conjunta da definição da quantidade de medicamento do Componente Básico da AF a serem distribuídos para as US indica responsabilidade compartilhada na organização das ações da AF descentralizada e condições favoráveis para garantia do abastecimento de medicamentos e soma para a capacidade de decidir da AF.	<p>Entrevista com farmacêuticos</p> <p>Ou na ausência do farmacêutico: Entrevista com coordenador da US</p>
A rede de AF possui sistema informatizado integrado ao sistema da rede de atenção à saúde?	13. Existência de sistema informatizado na rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde. - Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde. - Não existe sistema informatizado. 	<p>Rede de AF possui sistema informatizado e está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 100% dos pontos / verde</p> <p>Rede de AF possui sistema informatizado, mas não está interligado ao sistema da rede de atenção à saúde: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Não existe sistema informatizado: não</p>	Um sistema informatizado da rede de AF integrado ao sistema da rede de atenção à saúde do município demonstra a integração e comunicação entre os diversos setores da rede de atenção à saúde, o que soma para a capacidade de decidir e compartilhar as informações da gestão da AF na rede.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
				pontua / vermelho		

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestora Bipartite / EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde / ESF: Estratégia de Saúde da Família / Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Remume: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade(s) de Saúde

Nota: Este documento integra a pesquisa Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão, realizada com base no Modelo Metodológico de avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica, produzido pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia.

ANEXO B - Matriz avaliativa da dimensão operacional



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



DIMENSÃO OPERACIONAL

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existe uma lista de medicamentos essenciais no município?	1. Existência da Remume.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	- Institucionalizada por meio de norma - Não institucionalizada por meio de norma - Não existe	Existe institucionalizada por meio de norma: 100% dos pontos / verde Existe mas não institucionalizada por meio de norma: 50% dos pontos / amarelo Não existe: não pontua / vermelho	A Remume é necessária para a organização dos serviços farmacêuticos e orientação da programação, aquisição e prescrição e atenta para o desenvolvimento da AF, o que soma para a capacidade de executar na gestão da AF.	- Entrevista com coordenador da AF - Secretário de Saúde - Prescritor - Coordenador US - Publicação oficial da Remume

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Os medicamentos prescritos para os usuários das unidades são aqueles previstos nos elencos dos componentes de financiamento da AF?	2. Prescrição de medicamentos com base nas listas de medicamentos (componentes básico, especializado e estratégico) adotadas/padronizadas pelo município.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	Total de medicamentos prescritos que constam nas listas de medicamentos adotadas pelo município/ Total de medicamentos prescritos por usuário dia x 100	<p>Acima de 90%: 100% dos pontos / verde</p> <p>Entre 75 a 89%: 75% dos pontos / amarelo</p> <p>Entre 50 a 74%: 50% dos pontos / roxo</p> <p>Abaixo de 50%/ausência de Remume: não pontua / vermelho</p>	Um número maior de medicamentos prescritos com base no elenco pactuado nos componentes da AF assegura a diversidade e adequação necessárias dos medicamentos à situação de saúde do município o que coopera para a garantia do acesso ao medicamento, contribuindo para a capacidade de executar na gestão da AF.	<p>- Prescrições na US</p> <p>- Listas de medicamentos adotadas pelos municípios</p>

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Há medicamentos da Remume que não constam na Rename 2010 ou em elencos pactuados na CIB?	3. Medicamentos que constam na Remume e que não constam na Rename 2010 e/ou em elencos pactuados na CIB.	Indicador de existência de condições normativas (5 pontos)	Total de medicamentos da Remume não constantes na Rename e/ou em elencos pactuados na CIB / Total de medicamentos da Remume X 100	Até 10%: 100% dos pontos / verde Todos os medicamentos constam na Rename: 75% dos pontos / amarelo Acima de 10,1%/ausência de Remume: não pontua / vermelho	A Rename é um instrumento norteador para a Remume, porém pode não atender alguma especificidade regional. A inserção de medicamentos não padronizados na Rename pode indicar flexibilidade na capacidade de executar a gestão da AF. No entanto, um elevado número de medicamentos adquiridos não constantes na Rename ou elencos pactuados na CIB impacta em acréscimo de custos do orçamento municipal para aquisição de medicamentos.	- Análise da Remume e Rename 2010 (analisar a Rename 2012 se a Remume já estiver atualizada) - Análise de pactuações da CIB

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existem medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US?	4. Existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	Sim / Não para medicamentos fora da validade Existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade	Não existência de medicamentos fora da validade: 100% dos pontos / verde Não existência de medicamentos fora da validade e existência de cartela fracionada sem a indicação da data de validade: 50% pontos/amarelo Existência de pelos menos um medicamento fora da validade: não pontua / vermelho	A existência de medicamentos, destinados a dispensação, fora do prazo de validade no estoque da US revela a ausência de controle adequado, necessário e suficiente do estoque de medicamentos. Além disso, a existência de blisters sem a data de validade, por causa do fracionamento feito no momento da dispensação conforme prescrição, compromete o acesso do medicamento de qualidade e repercute na capacidade de executar a gestão da AF.	Verificação do estoque de medicamentos destinados a dispensação na US.

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existem instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos nas US?	5. Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições físicas e ambientais (externas, internas, iluminação, refrigeração, segurança) para armazenamento de medicamentos.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	<p>Sim / Não para os seguintes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Termômetro digital - Aparelho condicionador de ar - Refrigerador próprio para armazenamento de termolábeis - Armário com chave para armazenamento dos psicotrópicos <p>Considerar para cada unidade de saúde apenas os itens elegíveis. Calcular a porcentagem de cada unidade e para o município a média das porcentagens das unidades.</p>	<p>Acima de 75% média: 100% dos pontos: verde</p> <p>50% a 75% média: 75% dos pontos: amarelo</p> <p>25% a 50% média: 50% dos pontos: roxo</p> <p>0 a 25% média: 25% dos pontos: vermelho</p>	Existência de instrumentos para verificação ou garantia das condições operacionais (físicas e ambientais, externas, e internas) previstas para armazenamento de medicamentos indica preocupação dos gestores em garantir as condições favoráveis à preservação e segurança dos medicamentos o que soma para a capacidade de executar a gestão da AF.	Verificação das condições na Farmácia da US.

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A SMS tem um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)?	6. Existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	Indicador de existência de condições normativas (5 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	Cada estabelecimento gerador de resíduo de saúde deve implementar o PGRSS com objetivo de minimizar a produção e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente. A implementação de um PGRSS indica a existência de procedimentos técnicos e operacionais que asseguram condições adequadas de execução da AF.	-Entrevista com coordenador da AF -Análise do PGRSS
Houve nos últimos 4 (anos) anos investimentos em infraestrutura de serviços de AF?	7. Existência de investimentos em infraestrutura nos últimos 4 (quatro) anos em serviços de AF.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Sim/ Não para as seguintes questões: - Reforma ou ampliação de Farmácia de US - Reforma, ampliação da CAF - Programas de capacitação de recursos humanos - Informatização da rede - Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF	Sim para pelo 4 questões: 100 % dos pontos / verde Sim para pelo menos uma questão: 50% dos pontos / amarelo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho	Investimentos em infraestrutura dos serviços de AF possibilitam condições de manutenção e ampliação das condições para a execução e qualificação das práticas, o que soma para a capacidade de executar da gestão da AF.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
As farmácias das US contam com a presença de farmacêuticos?	8. US que contam com a presença de farmacêutico.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Número de US que contam com a presença de farmacêutico /Total de US x 100 OBS: Contabilizar somente as unidades de saúde que prestem serviços de atenção primária e dispensem medicamentos para esse nível de atenção a saúde (CAPS e UPAs não serão contabilizados).	100% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 51 a 99% de respostas positivas: 75% dos pontos / amarelo De 1 a 50% de respostas positivas: 50% dos pontos / roxo Nenhuma US com farmacêutico: não pontua / vermelho	Quanto maior o número de unidades com farmacêuticos realizando os serviços farmacêuticos, entre eles a dispensação, indicam condições técnicas adequadas na oferta da AF na atenção básica de saúde, o que soma para a capacidade de executar a gestão da AF.	Entrevista com coordenador da AF
A SMS tem mecanismos para registro da produtividade do farmacêutico?	9. Existência de mecanismo para registrar a produtividade do farmacêutico.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	O registro da produtividade do profissional farmacêutico é tão importante como registrar os serviços de qualquer profissional na SMS. Influência na motivação do profissional, em autenticar os serviços prestados e na qualidade, o que soma para a capacidade de executar a gestão da AF.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A dispensação de medicamentos nas US é orientada por instrumentos de padronização?	10. Existência de instrumentos de padronização (POP, manual) para dispensação de medicamentos.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	A padronização e uniformização das condutas realizadas pelos profissionais responsáveis pela dispensação garantem a existência de mecanismos técnicos e operacionais de execução e qualificação dos serviços.	- Entrevista com coordenador da AF - Análise do instrumento de padronização de dispensação de medicamentos
Qual é a porcentagem do orçamento destinado à aquisição de medicamentos demandados por ações judiciais?	11. Valor empregado em aquisição judicial em relação ao orçamento destinado a aquisição de medicamentos no último ano.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	Valor empregado em aquisição judicial de medicamentos no último ano / Orçamento destinado a aquisição de medicamentos X100	Abaixo de 10%: 100% dos pontos / verde Mais de 10%: 50% dos pontos / amarelo O município não tem esta informação ou não tem gastos com judicialização: não pontua / vermelho	Um valor muito alto empregado em aquisição de medicamentos por via judicial em relação ao total de aquisições na AF municipal indica falha na gestão e dificuldade de executar a gestão da AF.	Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existe um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as US?	12. Existência de cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos da CAF para as US conforme a regularidade recomendada: mensal, quinzenal ou semanal.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	Sim/ Não com base nos seguintes critérios: - Regularidade recomendada: mensal, quinzenal e semanal. - Irregular: diferente desta situação.	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	Uma regularidade adequada no abastecimento de medicamentos das farmácias das US pelo nível central da SMS, revelam iniciativas de gestão voltadas para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e sua qualidade, assegurando melhores condições de execução da AF na rede básica de saúde do município.	- Entrevista com coordenador da AF -Análise do cronograma
Os prescritores que atendem nas US recebem informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US?	13. Recebimento de informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US, segundo prescritores.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Número de prescritores que referem receber informações sobre a disponibilidade de medicamentos nas farmácias das US /Total de informantes X 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho	A existência de estratégias mecanismos de divulgação da Remume para os prescritores, bem como um percentual de respostas positivas de prescritores referindo o recebimento de material informativo sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da US são estratégias para que os	- Entrevista com prescritores

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Os mecanismos de divulgação da Remume são conhecidos pelos prescritores?	14. Conhecimento de mecanismos de divulgação da Remume pelos prescritores.	Indicador de conhecimento (8 pontos)	Número de prescritores que referem conhecimento dos mecanismos de divulgação da Remume /Total de informantes x 100	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>	atores envolvidos na atenção à saúde possam adotar as políticas preconizadas pela coordenação da AF, o que indica aumento da capacidade de sustentar as ações da gestão da Assistência Farmacêutica.	<p>- Entrevista com prescritores</p> <p>- Entrevista com coordenador da AF</p>
A quantidade de medicamentos nas US, segundo os diferentes atores envolvidos, é suficiente para atender a demanda?	15. Percepção sobre a adequabilidade da quantidade de medicamentos disponíveis nas US para o atendimento da demanda segundo referido por secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Indicador de satisfação (4 pontos)	<p>Número de secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a quantidade adequada de medicamentos nas unidades para atendimento da demanda / total de informantes x 100</p> <p>Análise por categoria: gestão e US</p>	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>		<p>- Entrevista com coordenador da AF</p> <p>- Entrevista com Secretário de Saúde</p> <p>- Entrevista com farmacêuticos ou coordenador da US.</p> <p>- Entrevista com prescritores</p>

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US, segundo os diferentes atores envolvidos, é adequada para atender a demanda?	16. Percepção sobre a adequabilidade da diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US para atendimento da demanda, segundo secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores.	Indicador de satisfação (4 pontos)	Número de secretário de saúde, coordenador da AF, farmacêuticos e prescritores que consideram a diversidade de tipos de medicamentos disponíveis nas US adequados para atendimento da demanda / total de informantes x 100 Análise por categoria: gestão e US	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde Entre 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho		- Entrevista com coordenador da AF - Entrevista com Secretário de Saúde - Entrevista com farmacêuticos ou coordenador da US. - Entrevista com prescritores

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existe um monitoramento da AF? Os dados obtidos são utilizados no planejamento das ações?	17. Existência de monitoramento da AF e utilização dos dados no planejamento das ações.	Indicador de existência de condições técnicas e operacionais (6 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> - Existe o monitoramento e os dados são utilizados no planejamento. - Existe o monitoramento e os dados não são utilizados no planejamento. - O monitoramento não é realizado. 	<p>Existe o monitoramento da AF e os dados são utilizados no planejamento: 100% dos pontos / verde</p> <p>Existe o monitoramento da AF e os dados não são utilizados no planejamento: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>O monitoramento da AF não é realizado: não pontua / vermelho.</p>	A realização de mecanismos de monitoramento da AF e a utilização dos dados no planejamento dos serviços de saúde mostram ações e resultados, influenciando na capacidade de executar a gestão da AF.	- Entrevista com coordenador da AF

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestora Bipartite / EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde / ESF: Estratégia de Saúde da Família / Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Remume: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade(s) de Saúde

Nota: Este documento integra a pesquisa Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão, realizada com base no Modelo Metodológico de avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica, produzido pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia.

ANEXO C – Matriz avaliativa da dimensão sustentabilidade



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existem estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões relativas a medicamentos?	1. Estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de questões sobre medicamentos, segundo coordenadores de US e farmacêuticos.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Número de coordenadores de US e farmacêuticos que referem estratégias de comunicação entre as US e a coordenação de AF / total de informantes x 100	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde</p> <p>De 50 a 74% de respostas positivas: 50% dos pontos / amarelo</p> <p>Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>	A existência de estratégias sistemáticas de comunicação entre as US e a coordenação de AF para resolução de problemas relativos a medicamentos, são estratégias para que os atores envolvidos na atenção à saúde possam adotar as políticas preconizadas pela coordenação da AF, o que indica aumento da capacidade de sustentar as ações da gestão da Assistência Farmacêutica.	<p>- Entrevista com farmacêuticos</p> <p>- Entrevista com coordenador da US</p>

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A AF atua de forma articulada com as coordenações da ESF e EACS para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos?	2. Existência de Estratégias de articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações da ESF e da EACS.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	A articulação sistemática entre a Coordenação da AF e as Coordenações de programas estratégicos do SUS, bem como a existência de parcerias entre a coordenação municipal e a estadual, indica iniciativas de gestão voltadas para o aperfeiçoamento da relação entre o âmbito municipal da coordenação da AF e o estadual o que soma para a capacidade de sustentar resultados de gestão.	- Entrevista com coordenador da AF
A AF conta com parceria com a Coordenação da AF estadual para o desenvolvimento de ações na área?	3. Existência de parceria entre a Coordenação de AF do município e a coordenação estadual.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho		- Entrevista com coordenador da AF - Entrevista com secretário de saúde

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Que tipos de parcerias são estabelecidas entre a coordenação municipal e estadual da AF?	4. Tipo (diversidade) de recursos incorporados a AF municipal por meio de parceria com a coordenação estadual.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Tipos de Recursos/apoio incorporados: 1. Recursos/Apoio Técnico 2. Recursos/Apoio Financeiro para além das obrigações já pactuadas 3. Recursos/Apoio Logístico	Sim para os três tipos de recursos: 100% dos pontos / verde Sim para dois tipos de recursos: 50% dos pontos / amarelo Sim para apenas um tipo de recurso: 25% dos pontos / roxo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho		- Entrevista com coordenador da AF - Entrevista com secretário de saúde
Nos últimos 4 (quatro) anos a AF discutiu as questões da área junto ao Conselho Municipal de Saúde?	5. Discussões das questões da área de AF junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos 4 anos.	Indicador de participação (10 pontos)	Sim / Não para as seguintes situações: - Discussão e aprovação da Remume - Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço - Discussão sobre novos projetos da área	Sim para os três situações: 100% dos pontos / verde Sim para duas situações: 50% dos pontos / amarelo Sim para apenas uma situação: 25% dos pontos / roxo Qualquer outra situação: não pontua / vermelho	A discussão de questões relacionadas a medicamentos junto ao Conselho Municipal de Saúde revela decisões compartilhadas e garante maior capacidade de decidir de forma participativa e qualificada, que reflete em maior capacidade de sustentar as ações da gestão AF.	- Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
A elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde foi participativa?	6. Elaboração participativa dos objetivos, diretrizes e metas da AF no Plano Municipal de Saúde.	Indicador de participação (10 pontos)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração pela coordenação da AF com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços. - Outra forma de elaboração - Não existe a descrição dos objetivos, diretrizes e metas sobre AF no Plano Municipal de Saúde 	<p>Elaboração pela coordenação da AF com participação de farmacêuticos ou outros profissionais dos serviços: 100% dos pontos / verde</p> <p>Qualquer outra forma de elaboração ou Não existe a descrição dos objetivos, diretrizes e metas sobre AF no Plano Municipal de Saúde: não pontua / vermelho</p>	A elaboração de forma participativa dos objetivos, diretrizes e metas da AF, indica que um instrumento de gestão foi elaborado de forma integral e objetivando cumprir as metas estabelecidas, o que soma para a capacidade de decidir a gestão da AF.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista com coordenador da AF -Análise do Plano Municipal de Saúde

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Os farmacêuticos participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos?	7. Farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Número de farmacêuticos que participaram capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos/ total de informantes x 100	<p>Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde</p> <p>De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo</p> <p>De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo</p> <p>Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho</p>	<p>Maior percentual de farmacêuticos que participaram de capacitação em AF, gestão, saúde coletiva / saúde pública ou áreas afins nos últimos 2 (dois) anos, aponta para iniciativas do profissional em qualificação contínua, para agregar conteúdos e atualizações, muitas vezes incentivados pela instituição, o que soma para a capacidade de sustentar os resultados de gestão.</p>	- Entrevista com farmacêuticos (contabilizar os coordenadores de AF que são farmacêuticos)
Qual é o vínculo trabalhista do coordenador da AF?	8. Vínculo trabalhista do coordenador da AF.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	<p>- Estatutário</p> <p>- Outras formas de contratação</p> <p>-Não tem o cargo de coordenador da AF</p>	<p>Estatutário: 100% dos pontos / verde</p> <p>Outras formas de contratação/não tem o cargo de coordenador da AF: não pontua / vermelho</p>	<p>A coordenação da AF contratada com vínculo estatutário permite a manutenção e a sustentabilidade das ações desenvolvidas no serviço, o que influencia a capacidade de sustentar os resultados de gestão.</p>	- Entrevista com coordenador da AF

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existe o cargo de farmacêutico no município?	9. Existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Sim / Não	Sim: 100% dos pontos / verde Não: não pontua / vermelho	A existência do cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos permite a contratação de profissionais capacitados. Isso demonstra uma preocupação da gestão em garantia da contratação dos profissionais e consolida o setor, influenciando na capacidade de sustentar os resultados de gestão.	- Entrevista com coordenador da AF
As US contam com mecanismos para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos?	10. Existência de mecanismos oficiais para recebimento de críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos, segundo coordenador da US.	Indicador de existência de condições estratégicas (7 pontos)	Número de coordenadores de US que referem a existência de mecanismos nas unidades para receber críticas e sugestões dos usuários sobre medicamentos / Total de informantes x100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50 % dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / Vermelho	Maior percentual de coordenadores de US e de usuários que acusam a existência, reconhecimento e adequação de mecanismo para receber críticas e sugestões, sobre os serviços ofertados nas US envolvendo medicamentos indicam preocupação da gestão com a melhor	- Entrevista com coordenador da US

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Existência de mecanismos para críticas e ou elogios sobre os serviços de AF, segundo os usuários?	11. Existência de mecanismos para críticas, sugestões sobre os serviços de AF, segundo usuários.	Indicador de conhecimento (8 pontos)	Número de usuários que refere conhecer a existência de mecanismos nas unidades para críticas e sugestões sobre os serviços de AF /Total de informantes x100	Acima de 75% de respostas positivas: 100% dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 50 % dos pontos / amarelo Abaixo de 50% de respostas positivas: não pontua / Vermelho	utilização dos serviços pelos usuários, o que soma para sustentar resultados de gestão.	- Entrevista com usuários
Os usuários estão satisfeitos com condições da dispensação de medicamentos na US?	12. Grau de satisfação do usuário em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos.	Indicador de satisfação (4 pontos)	Número de usuários que atribuíram satisfação em relação ao recebimento dos medicamentos prescritos/Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo De 25 % a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho	Maior percentual de usuários satisfeitos com as condições da dispensação de medicamentos, com o atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos e as condições físicas da unidade, indica uma situação favorável na condução da AF, o que soma para a capacidade de sustentar resultados	- Entrevista com usuários

Pergunta	Indicador	Classificação do indicador	Medida	Parâmetro	Premissa	Fonte
Os usuários estão satisfeitos com o atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos?	13. Grau de satisfação do usuário em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos.	Indicador de satisfação (4 pontos)	Porcentagem de usuários que atribuíram satisfação em relação ao atendimento e informações recebidas pelo profissional na dispensação de medicamentos / Total de informantes x 100	Acima de 75% de respostas positivas: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de respostas positivas: 75 % dos pontos / amarelo De 25 a 49% de respostas positivas: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de respostas positivas: não pontua / vermelho	gestão	- Entrevista com usuários
Os usuários estão satisfeitos com as condições físicas da farmácia?	14. Grau de satisfação do usuário em relação às condições físicas da farmácia.	Indicador de satisfação (4 pontos)	Número de usuários que atribuíram satisfação as condições físicas da unidade em que dispensa medicamentos / Total de informantes x 100	Acima de 75% de média 5: 100 % dos pontos / verde De 50 a 74% de média 5: 75 % dos pontos / amarelo De 25 % a 49% de média 5: 25 % dos pontos / roxo Abaixo de 25 % de média 5: não pontua / vermelho		- Entrevista com usuários

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / CIB: Comissão Intergestora Bipartite / EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde / ESF: Estratégia de Saúde da Família / Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / Remume: Relação Municipal de Medicamentos / SMS: Secretaria Municipal de Saúde / US: Unidade(s) de Saúde

Nota: Este documento integra a pesquisa Assistência Farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão, realizada com base no Modelo Metodológico de avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica, produzido pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia.

ANEXO D- Formulário para coleta de dados em prescrições



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS EM PRESCRIÇÕES****Nome da Unidade**

Usuário	Receita	Nome do Medicamento (Conforme redigido na receita)	Concentração e Forma Farmacêutica	DCB, DCI ou nome comercial	Remume, CBAF, CEAF, Estratégico, Pactuações da CIB

Legenda: DCB – Denominação Comum Brasileira / DCI – Denominação Comum Internacional / Remume – Relação municipal de medicamentos / CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica / CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica / Estratégico - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica / CIB – Comissão Intergestora Bipartite.

ANEXO E – Formulário para coleta de dados na Unidade de Saúde



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia

**CHECK-LIST PARA VISITA DE DIA TÍPICO NA UNIDADE DE SAÚDE**

Município:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

Parte 1: Análise das condições da Farmácia da Unidade de Saúde

Condição a ser verificada	Resposta	Detalhamento
Há algum sistema de controle de temperatura do ambiente?	() Sim () Não	Controle realizado por meio de: () Termômetro () Planilhas de controle () Ar condicionado
Há incidência direta de raios solares nos medicamentos armazenados?	() Sim () Não	---
Os termolábeis são armazenados em geladeira própria?	() Sim () Não () Não há dispensação de termolábeis	---
Os psicotrópicos são armazenados em armário fechado com chave, conforme preconizado na Portaria n. 344/98?	() Sim () Não () Não há dispensação de psicotrópicos	---

Parte 2: Verificação do prazo de validade dos medicamentos constantes em estoque

Item	Classificação ATC no Anexo I da RENAME 2012	Medicamento sugerido*	Forma farmacêutica	Quantidade de medicamentos vencidos em estoque
1	Subgrupo 64: Outros analgésicos e antipiréticos	Paracetamol	Comprimidos	
2	Subgrupo 78: Produtos anti-inflamatórios não esferoidais e antirreumáticos	Ibuprofeno	Comprimidos	
Na ausência do Item 1 ou 2, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.		Outro (especificar)** _____	_____	
3	Subgrupo 6: Agentes antinematóides	Albendazol	Comprimido	
4	Subgrupo 20: Antibacterianos Beta-lactâmicos, penicilina.	Benzilpenicilina benzatina	Pó para suspensão injetável	
Na ausência do Item 3 ou 4, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.		Outro (especificar) ** _____	_____	
5	Subgrupo 75: Preparações com ferro	Sulfato ferroso	Solução oral	
6	Subgrupo 87: Vitamina B12e ácido fólico	Ácido fólico	Comprimido	
Na ausência do Item 5 ou 6, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.		Outro (especificar) ** _____	_____	
7	Sub-grupo 22: Antidepressivos	Cloridrato de amitriptilina	Comprimido	

Item	Classificação ATC no Anexo I da RENAME 2012	Medicamento sugerido*	Forma farmacêutica	Quantidade de medicamentos vencidos em estoque
8	Sub-grupo 24: Antiepilépticos	Carbamazepina	Comprimido	
	Na ausência do Item 7 ou 8, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.	Outro (especificar) ** _____	_____	
9	Sub-grupo 45: Diuréticos de baixa potência	Hidroclorotiazida	Comprimido	
10	Sub-grupo 53: Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril () ou Enalapril ()	Comprimido	
	Na ausência do Item 9 ou 10, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.	Outro (especificar) ** _____	_____	
11	Sub-grupo 58: Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico	Cloridrato de ranitidina	Comprimido	
12	Sub-grupo 17: antiácidos	Hidróxido de alumínio	Suspensão oral	
	Na ausência do Item 11 ou 12, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.	Outro (especificar) ** _____	_____	
13	Sub-grupo: 2: Adrenérgicos inalatórios	Sulfato de salbutamol	Aerossol oral	
14	Sub-grupo 41: Corticoesteroides para uso sistêmico simples	Prednisona	Comprimido	
	Na ausência do Item 13 ou 14, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.	Outro (especificar) ** _____	_____	

Item	Classificação ATC no Anexo I da RENAME 2012	Medicamento sugerido*	Forma farmacêutica	Quantidade de medicamentos vencidos em estoque
15	Sub-grupo 54: Insulinas e análogos	Insulina Humana NPH () ou Insulina Humana Regular ()	Suspensão injetável ou solução injetável	
16	Sub-grupo 57: Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas	Metformina	Comprimido	
Na ausência do Item 15 ou 16, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.		Outro (especificar) ** _____	_____	
17	Sub-grupo 25: Antifúngicos para uso tópico	Nitrato de Miconazol	Creme	
18	Sub-grupo 46: Ectoparasiticidas, incluindo escabícidas	Permetrina	Loção	
Na ausência do Item 17 ou 18, escolher algum outro medicamento dos sub-grupos indicados ou sub-grupo com ação farmacológica semelhante.		Outro (especificar) ** _____	_____	

ANEXO F - Roteiro para entrevista com o Coordenador da Assistência Farmacêutica



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADOR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (Entrevista semi-estruturada com informante-chave)

Município:

Nome do coordenador:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?

2. Qual é a sua forma de contratação?

3. O (a) senhor (a) tem **outro** vínculo trabalhista?

Se SIM: O trabalho é no setor público ou privado?

4. O (a) senhor (a) é farmacêutico (a)?

Se NÃO: Qual é a sua formação?

Coordenação de Assistência Farmacêutica

5. A Assistência Farmacêutica está instituída na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde?

Se SIM:

- Ela está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma?
- A AF é uma coordenação, departamento, gerência, segmento? Se outro, especificar.
- O que esta posição na estrutura administrativa significa para a gestão da AF? Como fica a tomada de decisão nesta situação? Há uma relação de subordinação a algum outro setor que dificulte as decisões?
- Para você, poderia ter outra forma de organização formal do setor?

Se NÃO:

- Por quê? O que é preciso para que a Assistência Farmacêutica seja instituída no organograma? Ela deve ser vinculada a qual estrutura administrativa?
- Qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica?

6. A coordenação da Assistência Farmacêutica:

- Formula diretrizes para a organização da Assistência Farmacêutica no município?

Se SIM: Quais as últimas diretrizes formuladas?

- Decide sobre aspectos de seleção, programação, abastecimento, aquisição e distribuição de medicamentos para o município?

Se SIM: As questões são totalmente decididas no âmbito da Assistência Farmacêutica ou são decididas em conjunto com outro departamento?

Se NÃO: Quem decide sobre estes aspectos?

- Acompanha, orienta e supervisiona as farmácias/Unidades de Saúde a respeito das ações da Assistência Farmacêutica?

7. A coordenação da Assistência Farmacêutica participa das discussões e decisões sobre programas e/ou atividades de saúde no município?

(☐) Sim / (☐) Não

Se SIM: Quais foram as últimas discussões realizadas e com quem foi discutido?

(tentar entender como esses processos acontecem)

8. Há alguma articulação entre a coordenação da Assistência Farmacêutica e as coordenações de Estratégia de Saúde da família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações que envolvem medicamentos?

Se SIM: As discussões costumam ser demandadas pela Assistência Farmacêutica ou pelas outras coordenações?

Quais articulações já aconteceram?

Se NÃO: Por que não ocorre essa articulação?

Há dificuldades para desenvolver estes tipos de articulações?

9. Há alguma parceria entre a coordenação municipal da Assistência Farmacêutica e a coordenação estadual da Assistência Farmacêutica?

Se SIM:

- Qual tipo de colaboração?

- A parceria com a coordenação estadual da Assistência Farmacêutica incorpora recursos /apoio técnico, financeiro e/ou logístico?

- O apoio do estado é suficiente para a gestão municipal da Assistência Farmacêutica? O que poderia ser diferente? Por quê?

Se NÃO: Por que não ocorre este apoio? Que tipo de apoio está faltando?

10. Existe um monitoramento das ações da AF?

Se sim: Como é feito esse monitoramento?

Os dados obtidos no monitoramento são utilizados para o planejamento das ações da AF?

11. Quantos trabalhadores têm a equipe da Coordenação da Assistência Farmacêutica?

Destes trabalhadores, quantos são estatutários?

12. Há o cargo de farmacêutico entre os cargos municipais estabelecidos?

Se NÃO: A contratação dos profissionais é feita utilizando qual cargo? Isso pode gerar um problema na contratação desse profissional?

13. Existe algum mecanismo de registro da produtividade do farmacêutico no município?

Se SIM: Como é feito o registro? Qual é a importância desse registro? Esses dados são utilizados no planejamento das ações?

Financiamento

14. Houve investimentos em infraestrutura dos serviços de Assistência Farmacêutica nos últimos 2 (dois) anos em:

- Reforma ou ampliação de Farmácia de Unidade de Saúde?
- Reforma ou ampliação da CAF?
- Programas de capacitação de recursos humanos?
- Informatização da rede?
- Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica?
- Outro? Especificar.

15. Detalhamento dos gastos da Assistência Farmacêutica em 2011:

- Qual o valor total gasto no município para a aquisição de medicamentos em 2011?

- Quanto foi a contrapartida federal em 2011?

- Quanto foi a contrapartida estadual em 2011? O estado contribuiu somente com a compra de medicamentos da Portaria n. 4217/10?

- Qual o valor empregado em aquisição de medicamentos por via judicial no município?

- Há algum outro mecanismo de compra de medicamentos não constantes na Remume, além da licitação e judicialização? Se sim: quanto do orçamento foi destinado a esse tipo de compra?

Controle Social

16. Nos últimos 4 (quatro) anos, a AF discutiu algumas dessas questões junto ao Conselho Municipal de Saúde? (sim/não)

- Discussão e aprovação da Remume
- Discussão sobre questões que alteram a organização do serviço

- Discussão sobre novos projetos da área

Se SIM:

- Qual foi a última discussão a respeito de Assistência Farmacêutica que foi discutida no Conselho Municipal de Saúde?

- Os Conselhos (Municipal e Local) atuam como parceiro para a Assistência Farmacêutica? Há esta possibilidade?

- Esses temas ou outros foram demandados pelo Conselho ou a AF pediu a pauta na reunião do conselho?

Se NÃO:

- Por que as questões não são discutidas junto ao Conselho?

- O que é preciso fazer para que o Conselho Municipal de Saúde participe da discussão de questões relacionadas à Assistência Farmacêutica?

Plano Municipal de Saúde

17. Os farmacêuticos participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde?

Se sim:

Como foi essa participação?

18. Quais profissionais estiveram envolvidos na elaboração dos objetivos, diretrizes e metas da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde?

Como se deu essa construção?

19. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?

Serviços Farmacêuticos

20. Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica na Secretaria Municipal de Saúde?

Se SIM:

- Ela está formalizada por meio de portaria ou de outro instrumento?

- A Comissão de Farmácia e Terapêutica realizou mais do que três reuniões no último ano?

Se NÃO: Por quê?

22. Existe uma relação municipal de medicamentos?

Se SIM: Ela está instituída formalmente?

22. Quais os mecanismos de divulgação da Remume para os farmacêuticos e prescritores?

23. O município realiza programação para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?

(sim/não)

(explorar a pergunta tentando perceber como essa programação acontece)

24. Na programação de medicamentos são utilizados critérios técnicos?

(sim / não)

Se SIM, qual o método é utilizado?

25. Existe um cronograma regular de abastecimento dos medicamentos da unidade central para as unidades de saúde?

26. A **quantidade** de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

27. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

28. Em quantas unidades de saúde a dispensação dos medicamentos é realizada por farmacêutico?

29. A dispensação de medicamentos nas unidades de saúde é realizada por meio de instrumentos de padronização (POP, manuais)?

30. A AF possui um sistema informatizado?

Se SIM, solicitar mais informações sobre o sistema:

- Qual é o nome?

- Como ele funciona?

- O sistema é integrado ao prontuário dos usuários? O farmacêutico tem acesso a esse prontuário? Ele pode registrar o atendimento realizado?

- Ele é integrado ao sistema da rede de atenção a saúde do município? **Se a resposta for não**, por que não é integrado?

Se NÃO, verificar se o município vai aderir ao Hórus.

31. A Secretaria Municipal de Saúde tem um plano de gerenciamento de resíduos em serviços de saúde?

Documentos a serem solicitados ao coordenador, conforme informações obtidas na entrevista:

- ✓ Documento que institucionalize a coordenação da AF
- ✓ Portaria ou outro documento da instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica
- ✓ Plano Municipal de Saúde
- ✓ Publicação oficial da Remume
- ✓ Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde
- ✓ Instrumentos de padronização da dispensação de medicamentos
- ✓ Planilha de gastos da Assistência Farmacêutica
- ✓ Cronograma de abastecimento de medicamentos

ANEXO G - Roteiro para entrevista com o secretário municipal de saúde



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



ROTEIRO PARA ENTREVISTA – SECRETÁRIO DE SAÚDE (Entrevista semi-estruturada com informante-chave)

Município:

Nome do Secretário de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Qual é a sua formação? Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?

2. A Assistência Farmacêutica está instituída na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde?

Se SIM:

- Ela está formalmente instituída por meio de portaria ou organograma?
- A Assistência Farmacêutica é uma coordenação, departamento, gerência, segmento? Se outro, especificar.
- Como é a articulação entre as unidades da secretaria? O trabalho é realizado de forma conjunta?

Se NÃO:

- Por quê? O que é preciso para que a Assistência Farmacêutica seja instituída na estrutura administrativa da SMS? Ela deve ser vinculada a qual estrutura administrativa?
- Qual é o setor que gerencia as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica?

3. O (a) senhor (a) considera que o Plano Municipal de Saúde incorpora propostas relativas a Assistência Farmacêutica?

4. Existe uma Relação Municipal de Medicamentos?

Se SIM:

- É possível adquirir medicamentos fora da lista? Em qual situação pode-se fazer isso? Como é feita esta aquisição? Com que recurso?
- Os médicos e dentistas prescrevem os medicamentos padronizados no município?

- Há algum outro mecanismo de compra de medicamentos não constantes na Remume, além da licitação e judicialização? Se sim: quanto do orçamento foi destinado a esse tipo de compra?

Se NÃO:

- Por que não existe?

- Qual é a importância de ter uma lista de medicamentos padronizados?

5. A **quantidade** de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

6. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis nas Unidades de Saúde é adequada para atender a demanda?

7. Em sua opinião, a coordenação de Assistência Farmacêutica do município recebe o apoio necessário da coordenação estadual?

Se SIM:

- Que tipo de apoio vem recebendo?

- O (a) senhor (a) considera que este apoio é suficiente?

Se NÃO: Que tipo de apoio está faltando?

8. Em sua opinião, o que deve ser melhorado na Assistência Farmacêutica do município?

ANEXO H - Roteiro para entrevista com coordenador da Unidade de Saúde



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE

Município:

Nome do coordenador da Unidade de Saúde:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

Presença de farmacêutico na unidade: () sim () não

() NASF () Outra opção. Especificar _____

1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?

2. É do seu conhecimento que existe no município uma lista de medicamentos ou uma relação municipal de medicamentos?

() Sim / () Não

3. Existe uma coordenação de Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde?

() Sim / () Não

4. O pedido de medicamentos é feito pela sua unidade ou as quantidades são determinadas pelo nível central?

Se a US faz o pedido: o que é solicitado no pedido é atendido diretamente? Ou o pedido passa por uma aprovação do nível central?

5. A **quantidade** de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

() Sim / () Não

6. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

() Sim / () Não

7. Como o (a) senhor (a) encaminha as questões relacionadas aos medicamentos junto ao nível central da Secretária de Saúde ou para a coordenação da Assistência Farmacêutica?

8. Quando os usuários precisam fazer críticas ou deixar sugestões sobre a dispensação de medicamentos nessa unidade como eles fazem?

() Sim / () Não

Se SIM, como?

ANEXO I - Roteiro para entrevista com farmacêuticos



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



ROTEIRO PARA ENTREVISTA - FARMACÊUTICO

Município:

Nome do farmacêutico:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?
 2. Qual é a sua forma de contratação?
 3. O (a) senhor (a) tem **outro** vínculo trabalhista?
() Sim / () Não
Se sim, o trabalho é no setor público ou privado?
 4. O (a) senhor (a) é sindicalizado (a)?
() Sim / () Não
Se sim, qual é o sindicato?
 5. O (a) senhor (a) participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou do Conselho Local de Saúde?
() Sim / () Não
 6. O (a) senhor (a) participou de alguma capacitação na área de Assistência Farmacêutica nos últimos 2 anos?
() Sim / () Não
 7. Existe uma coordenação de Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde?
() Sim / () Não
- Se a resposta da pergunta 7 for sim, fazer as perguntas de 8 e 9. Se não, ir direto para a pergunta 10.
8. Para o (a) senhor (a), qual é o papel desta coordenação?

9. Esta coordenação costuma organizar os farmacêuticos do município para discutir:

- A organização do processo de trabalho? (☐) Sim / (☐) Não
- Questões trabalhistas? (☐) Sim / (☐) Não
- Discussões políticas de Assistência Farmacêutica e Saúde? (☐) Sim / (☐) Não
- Outros temas? Especificar:

10. O (a) senhor (a) conhece o Plano Municipal de Saúde vigente?

(☐) Sim / (☐) Não

11. O pedido de medicamentos é feito pela sua unidade ou as quantidades são determinadas pelo nível central?

Se a US faz o pedido: o que é solicitado no pedido é atendido diretamente? Ou o pedido passa por uma aprovação do nível central?

12. Na programação de medicamentos são utilizados critérios técnicos?

(sim / não)

Se SIM, qual o método é utilizado?

13. A **quantidade** de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

(☐) Sim / (☐) Não

14. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis nessa Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

(☐) Sim / (☐) Não

15. Como o (a) senhor (a) encaminha as questões relacionadas aos medicamentos junto ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde?

ANEXO J - Roteiro para entrevista com prescritores



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PRESCRITOR

Município:

Nome do prescritor:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

1. Há quanto tempo o (a) senhor (a) trabalha no município?
2. É do seu conhecimento se existe no município uma lista padronizada de medicamentos ou uma relação municipal de medicamentos?
() Sim / () Não
3. O (a) senhor (a) recebe informações sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde?
() Sim / () Não
4. Como é que o (a) senhor (a) faz para consultar a lista de medicamentos do município?
() Lista impressa na unidade de saúde
() Lista própria
() Sistema Informatizado da Secretaria de Saúde
() Internet
() Já conhece toda a lista, não precisa mais consultá-la.
() Outra situação. Especificar:
5. O (a) senhor (a) é informado (a) quando a lista de medicamentos do município sofre alguma modificação (inclusão ou exclusão de medicamentos)?
() Sim / () Não
Se sim, qual é a forma de divulgação?
6. Na sua percepção, a **quantidade** de medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?
() Sim / () Não

7. A **diversidade de tipos** de medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde é adequada para atender a demanda?

(☐) Sim / (☐) Não

8. Qual é o profissional na unidade de saúde que é responsável pela entrega (dispensação) de medicamentos?

9. É de seu conhecimento se este profissional fornece alguma orientação ao usuário sobre o medicamento prescrito e entregue (dispensado)?

(☐) Sim / (☐) Não

ANEXO K - Roteiro para entrevista com usuários



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Farmácia



ROTEIRO PARA ENTREVISTA – USUÁRIO

Município:

Nome do usuário:

Nome da Unidade de Saúde:

Responsável pela coleta de dados:

Data da coleta de dados:

Coleta de dados pessoais:

Sexo: () masculino () feminino

Idade:

1. O (a) senhor (a) mora nesse bairro? Se não, mora em qual bairro?

2. O (a) senhor (a) recebeu todos os medicamentos que veio buscar na farmácia?

() Sim / () Não

Se NÃO, qual é a explicação que lhe deram por não entregarem todos os medicamentos da receita? (anotar da forma mais completa toda a resposta)

3. Há algum meio onde o (a) senhor (a) possa criticar, elogiar ou deixar alguma sugestão sobre o serviço de farmácia prestado nessa unidade?

() Sim / () Não

Se SIM, como?

4. Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação a **satisfação** sobre o recebimento dos medicamentos prescritos? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---


5. Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação ao **atendimento prestado pelo profissional que entregou o medicamento**? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

6. Que nota de 0 a 5 o (a) senhor (a) daria em relação as **condições físicas da farmácia**? Considere 0 (zero) com a pior nota e 5 (cinco) como a melhor nota.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

ANEXO L- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal De Santa Catarina

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
	CERTIFICADO Nº 1044

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo do Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.


APROVADO

PROCESSO: 1044 FR: 473444

TÍTULO: Assistência farmacêutica nos municípios catarinenses: avaliação e qualificação da capacidade de gestão

AUTOR: Silvana Nair Leite, Mareni Bucha Farias Maria da Carmo Lessa Guimarães Samara Jamile Mendes Farnada Marzini

FLORIANÓPOLIS, 12 de Março de 2012.


Coordenador do CEPSH/UFSC
Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC



12-03-2012 14:53